

INNTEKTSFORDELINGSMODELL  
FOR SOMATISKE HELSETJENESTER FOR HELSE  
SØR-ØST RHF  
LIK MODELL FOR DE PRIVATE, IDEELLE SYKEHUS I  
OSLO SYKEHUSOMRÅDE?  
INSITAMENTMEKANISMER I FINANSIERINGSSYSTEMER.

KLARA PRUCHA HAMMERLUND



MASTEROPPGAVE  
DET ERFARINGSBASERT MASTERSTUDIUM I  
HELSEADMINISTRASJON  
INSTITUTT FOR HELSELEDELSE OG HELSEØKONOMI  
DET MEDISINSKE FAKULTET  
UNIVERSITETET I OSLO

2011

## SAMMENDRAG

I 2009 ble det lansert en ny behovsbasert inntektsmodell for somatisk aktivitet for Helse Sør-Øst fra 2010 (sluttrapport 24. april 2009). Behovskomponenten fordeler 92 % av den delen av basisrammen til somatikk som inngår i modellen<sup>1</sup> på bakgrunn av antall innbyggere i deres opptaksområde og denne befolkningens sosiodemografiske kjennetegn. Oslo sykehusområde teller Oslo Universitetssykehus, samt to private, ideelle sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, sistnevnte med egne opptaksområder på bydelsnivå.

Formålet med oppgaven er å undersøke om inntekstmodellen for Helse Sør-Øst også benyttes til inntektsfordeling internt til de private, ideelle sykehusene i Oslo sykehusområde.

Kvalitativ tilnærming ved dybdeintervju er valgt for å få svar på uklarheter og mulige problemstillinger i modellen.

Informantene har ulike oppfatninger og svar med hensyn på inntektsbasis for rammefinansieringen.

Representant for Helse Sør-Øst mener inntektsfordelingen bygger på kun historiske data.

Representanter for sykehusene uttrykker at behovskomponenten benyttes til fordeling av inntekstmidler til somatikk til de to private, ideelle sykehus.

Avvik i forhold til mobilitetskomponenten avdekkes. De to private, ideelle sykehus betaler ikke gjestepasientoppgjør til Oslo Universitetssykehus eller abonnementspris.

Samtlige informanter er i fravær av annen modell fornøyd med dagens modell.

Intervjusvarene er sett i lys av uttrykte intensjoner i inntektsmodellen versus opplevd virkelighet hos representant for helseforetaket og sykehusrepresentanter. Videre er intervjudata sett i lys av finansieringsmekanismer og derav ulike incentiveeffekter.

Tre alternative modeller skisseres kort.

Med utgangspunkt i at *likeverdige helsetjenester* er en helt sentral målsetting både på nasjonal- og regionalt nivå vil mulig en befolkningsbasert, tilpasset behovsmodell for Oslo sykehusområde være best egnet for å imøtekomme den sentrale målsettingen. Dette er i tråd med uttrykte intensjoner av videre arbeid med inntektsmodellen.

---

<sup>1</sup> 16,3 mrd kroner av totalt 20,6 mrd kroner i basisramme somatikk (budsjett 2009)

## FORORD

En spesiell takk til Ole Berg, professor i helseadministrasjon ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Hans tilstedeværelse og stadige refleksjoner utgjorde en forskjell under studieoppholdet ved instituttet.

Takk til min veileder Terje P. Hagen, professor i helseøkonomi, som gjennom sine ryddige og inspirerende forelesninger vekket min interesse for helseøkonomi og helsepolitikk.

Takk til Deborah Ann Arnfinsen, førstekonsulent/studiekonsulent, en motivator for levering av mastergradoppgaven.

Takk til informantene som avsatte tid og stilte villig opp til intervju i flere omganger. Takk til Anders Frafjord, avdelingssjef ved økonomisk avdeling, Diakonhjemmets sykehus for mer uformell prat.

Takk til Kirsti M. Evers Solheim, min avdelingssjef ved radiologisk avdeling, Diakonhjemmets Sykehus som gav meg mulighet til frikjøp fra avdelingens daglige arbeid.

Takk til studiegruppen og øvrige medstudenter på kull XXIII for diskusjoner og mye glede. Takk til Thomas Grünfeld for kommentarer til oppgaven.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING.....	s 7
1.1	Bakgrunn.....	s 7
1.2	Formål og problemstilling.....	s 8
1.3	Material og metode.....	s 8
1.3.1	Tilnærming ved kvalitativ metode.....	s 8
1.3.2	Litteratursøk.....	s 9
1.4	Oppgavens oppbygging.....	s 9
1.5	Oppgavens begrensninger.....	s 10
2	FINANSIERINGSSYSTEMER.....	s 11
2.1	Spesialisthelsetjenesten omkring årtusenskiftet.....	s 11
2.2	Definisjon av finansieringssystemer.....	s 11
2.3	Typologisering av finansieringssystemer.....	s 12
2.4	Incentiveeffekter for ulike finansieringssystemer.....	s 13
3	HISTORISK TILBAKEBLIKK; FINANSIERINGSSYSTEMER, INCENTIV OG ERFARINGER.....	s 15
3.1	Kurdøgnsfansieringsfasen 1945 – 1979.....	s 15
3.2	Rammefinansieringepoken 1980 – 1997.....	s 16
3.3	Innsatsstyrt finansiering av sykehusene 1997-.....	s 18
3.3.1	DRG (Diagnose Relaterte Grupper).....	s 20
4	HELSEFORETAKSREFORMEN.....	s 21
5	FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN SETT I SAMFUNNSØKONOMISK PERSPEKTIV: BEHOVSKOMPONENTEN.....	s 24
5.1	NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.....	s 24
5.1.1	Økonomisk risiko og ressursfordeling (etter behov).....	s 24
5.1.2	Hagen-utvalgets kriteriesett.....	s 25
5.2	NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.....	s 26

5.2.1	Behov og ulike fordelingsprinsipper.....	s 26
5.2.2	Behov - etterspørsel - forbruk.....	s 27
5.2.3	Litt om metode.....	s 27
5.2.4	Magnussens-utvalgets kriteriesett.....	s 29
6	INNTEKTSFORDELINGSMODELLEN FOR SOMATISKE HELSETJENESTER FOR HELSE SØR-ØST RHF.....	s 31
6.1	Behovskomponenten.....	s 31
6.2	Kostnadskomponent.....	s 35
6.2.1	Delkomponent forskning.....	s 36
6.2.2	Delkomponent undervisning.....	s 37
6.2.3	Delkomponent ikke-vestlige innvandrere.....	s 37
6.2.4	Delkomponent reisetid/struktur.....	s 38
6.3	Mobilitetskomponenten.....	s 39
6.4	Aktivitetsavhengig komponent.....	s 40
7	SAMMENLIGNING MED ANDRE LAND- SINTEF RAPPORT- 2010..	s 41
7.1	Organisering, styring og finansiering.....	s 41
7.2	Kommentar: helsesystemet på New Zealand.....	s 42
8	METODE.....	s 44
8.1	Kvalitativ tilnærming.....	s 44
8.1.1	Intervjue.....	s 45
8.1.2	Utvalg.....	s 45
8.1.3	Innsamling og bearbeiding av data.....	s 45
8.1.4	Forskerens posisjon og forforståelse.....	s 46
9	RESULTAT AV DYBDEINTERVJU.....	s 48
10	DISKUSJON AV RESULTAT.....	s 51
10.1	Resultater sett i lys av inntektsmodellen for Helse Sør-Øst.....	s 52
10.2	Resultater sett i lys av incentiveffekter.....	s 54
10.3	Alternative modeller.....	s 56

11	DISKUSJON AV METODE.....	s 58
11.1	Etikk.....	s 58
11.2	Datainnsamling.....	s 58
12	KONKLUSJON.....	s 59
	ETTERTANKE.....	s 59
	LITTERATURLISTE.....	s 60
	TABELLOVERSIKT.....	s 62
	FIGUROVERSIKT.....	s 60

# 1 INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN

I 2009 ble det lansert en ny inntektsmodell for somatisk aktivitet for Helse Sør-Øst fra 2010 (sluttrapport 24. april 2009). Hovedelementene i modellen består av en behovskomponent, en kostnadskomponent og en mobilitetskomponent, samt en aktivitetsbasert komponent (se kapittel 6).

Behovskomponenten fordeler midler til helseforetaket på bakgrunn av antall innbyggere i deres opptaksområde og denne befolkningens sosiodemografiske kjennetegn.

Behovskomponenten fordeler 92 % av den delen av basisrammen til somatikk som inngår i modellen (16,3 mrd kroner av totalt 20,6 mrd kroner i basisramme somatikk).

Staten har tidligere gjennom NOU 2003:1 (Hagen-utvalget) og NOU 2008:2 (Magnussen-utvalget) presentert behovsnøkler for fordeling av midler til helsetjenester mellom RHF'ene.

Det er knyttet usikkerhet til om behovskomponenten, som er tilnærmet den samme som benyttet av Magnussen-utvalget på nasjonalt nivå, gir en tilstrekkelig god beskrivelse av behov og behovsvariasjon i Helse Sør-Øst. Tilsvarende har Diakonhjemmet Sykehus (DH) og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) uttrykt skepsis i forhold til å legge behovskriterier fra nasjonale analyser til grunn for fordeling internt i Oslo.

Sykehusområdene er enheten for inntektsfordelingen i den nye modellen. Sykehusområdene i Helse Sør-Øst får tildelt definerte, geografiske opptaksområder, dvs. opptaksområder som er avgrenset av kommune-/bydelsgrenser. Dette innebærer at hvert sykehusområde får et hovedansvar for å sikre at befolkningen i et opptaksområde får et tilfredsstillende tilbud av spesialisthelsetjenester. Oslo sykehusområde teller Oslo Universitetssykehus HF og de to private, ideelle sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det legges opp til at i de tilfelle der et sykehusområde består av flere helseforetak/ sykehus, må det regionale helseforetaket fordele inntektene mellom disse innen området.

## 1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Etter gjennomgang av sluttrapport 24. april 2009 om Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF ble min nysgjerrighet vekket og jeg satt igjen med følgende spørsmål:

*Er modellen for fordeling av inntekter fra staten til de ulike regionale helseforetak den samme som inntektsmodellen for Helse Sør-Øst RHF og sykehusområdene? Benyttes inntektsmodellen for Helse Sør-Øst RHF til inntektsfordeling internt mellom sykehusene i Oslo sykehusområde? Gir modellen adekvat kompensasjon i forhold til oppgavene virksomhetene skal levere? Hvilke styrker og svakheter har gjeldende inntektsfordelingsmodell for de ideelle, private sykehus? Kan alternative, ikke befolkningsbaserte, modeller benyttes?*

## 1.3 MATERIAL OG METODE

### 1.3.1 TILNÆRMING TIL KVALITATIV METODE

Tilnærming ved kvalitativ metode i form av individuelle dybdeintervju er valgt som metode for å belyse uklarheter og mulige problemområder i inntekstmodellen. Metoden vil og kunne gi et perspektiv på hvordan uttrykte intensjoner i modellen oppfattes og oppleves av helseforetaket og det to private ideelle sykehus.

Jeg har gjennomført tre intervjuer med følgende informanter:

- 1) Øyvind Røed, sekretariatleder for prosjektgruppe for regionale inntektsmodeller i Helse Sør-Øst.
- 2) Anders Frafjord, avdelingsjef ved avd. for økonomi og planlegging ved Diakonhjemmet Sykehus
- 3) Lars Erik Flatø, administrerende direktør, og Gaute Jørgensen, økonomidirektør ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

I intervju med Ø. Røed har jeg søkt utdypende faktakunnskap angående inntektsfordelingsmodell mellom de regionale helseforetak og sykehusområdene, og mellom sykehusene i Oslo Sykehusområde. De to siste intervjuene og dels også avsluttende del av det første intervju har hatt mer preg av konversasjon om inntektsfordelingsmodellen, dens styrker og svakheter, og mulige alternative finansieringsmodeller.



### 1.3.2 LITTERATURSØK

Når det gjelder teoretisk bakgrunn og historikk har jeg støttet meg til offentlige utredninger, dokumenter og lover, samt andre relevante artikler og publikasjoner. Det er også hentet inn data på sammenliknbare data/erfaringer fra andre land.

### 1.3.3 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING

Kapittel 2 er oppgavens generelle teoribase. Kapitlet innledes med kort beskrivelse av de betydelige endringer spesialisthelsetjenesten har gjennomgått omkring år 2000. Det gis en definisjon av finansieringssystem og klassifisering av finansieringssystemer gjennomgås. Eksempler på finansieringsmetoder langs de ulike dimensjoner omtales. Til slutt diskuteres kort ulike finansieringssystemer og incentiveffekter.

Kapittel 3 er et historisk kapittel hvor finansieringsepoker for spesialisthelsetjenesten fra og med 1945 fram til i dag beskrives og sees i lys av finansielle incentiv og historiske erfaringer.

Kapittel 4 omhandler helseforetaksreformen 2002.

Kapittel 5 omhandler finansiering av spesialisthelsetjenesten sett i samfunnsøkonomisk perspektiv; behovskomponenten. Det gis en historisk beskrivelse av ulike behovsnøkler for fordeling av inntekter. Ulike fordelingsprinsipper og enkelte betraktninger omkring begrepet behov presenteres.

Kapittel 6 beskriver inntektsmodellen for somatiske helsetjenester for Helse Sør-Øst hvor behovskomponenten har en sentral plass. Øvrige delkomponenter i modellen også.

I kapittel 7 settes norsk spesialisthelsetjeneste i internasjonal sammenheng med henblikk på organisering, styring og finansiering av helsetjenesten. Norge sammenliknes hovedsaklig med Canada og New Zealand som har en stor andel private, ideelle sykehus.

Kapittel 8 er metodekapittel hvor det redegjøres for valg av kvalitativ metode generelt og mer spesielt om dybdeintervju. Det beskrives fremgangsmåte ved datainnsamling og den videre analyse.

I kapittel 9 presenteres data fra intervjuene.

Kapittel 10 er et diskusjonskapittel hvor det forsøkes å flette sammen egen for forståelse, teori og empiri.

Kapittel 11 diskuteres kort enkelte metodepunkter

Kapittel 12 kort konklusjon

Oppgaven avsluttes med kort ettertanke

#### 1.3.4 OPPGAVENS BEGRENSNINGER

Kapitalinntekter og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger i inntektsmodellen er utelatt i oppgaven. Disse emnene var ikke ferdig utredet i prosjektgruppens sluttrapport (2009). Avregning for bruk av private tjenester innen somatikk er først blitt inkludert i inntektsmodellen i april 2011 og derfor også utelatt. Disse begrensningene gjøres også i forhold til oppgavens vekttall.

## 2 FINANSIERINGSSYSTEMER

### 2.1 SPESIALISTHELSETJENESTEN RUNDT ÅRTUSENSKIFTET

Rundt årtusenskiftet har spesialisthelsetjenesten gjennomgått betydelige endringer, både økonomisk, juridisk og organisatorisk. Fra 1.juli 1997 ble finansieringen av somatiske helsetjenester endret ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF). Den nye pasientrettighetsloven av 2001 styrket pasientenes rettigheter til vurdering og fornyet vurdering med hensyn til behandling og fritt sykehusvalg. Imidlertid er den mest omfattende endringen statens overtakelse av eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenestene pr.1. januar 2002. Regionale helseforetak (RHF) ble stiftet i 2001 og overtok fra samme dato ansvar og oppgaver fra fylkeskommunene. Regionale helseforetak er blitt tillagt et “*sørge for- ansvar*” for befolkningen i sin region, det vil si at de er tillagt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester som fastsatt i lov, forskrifter og andre vedtak. Delegering av ansvar skaper behov for oppgjørordninger mellom staten (eier og forsikringsselskap) og helseplaner/produsenter.

### 2.2 DEFINISJON AV FINANSIERINGSSYSTEMER

Finansieringssystem defineres av Langenbrunner et al. (2009) som følgende:

*A provider payment system may be defined widely as the payment method combined with all supporting systems, such as contracting, accountability mechanisms that accompany the payment method, and management information systems. In the context of health systems, therefore, provider payment systems accomplish far more than simply the transfer of funds to cover the costs of services. A provider payment method may be defined more narrowly as the mechanism used to transfer funds from the purchaser of health care services to the providers*

Finansieringssystem er således et mer vidt begrep enn finansieringsmetode. Den enkelte metode angir overføringsmekanismer fra kjøpere til produsenter mens finansieringssystemet omfatter også andre systemer som støtter opp under finansieringsmekanismen. Eksempelvis kan forholdet mellom bestiller og helseprodusent, ansvarsform for sykehus og eierstruktur innvirke. Finansieringsmetoden (eks. ramme-, ISF) gir således ikke alene informasjon om egenskaper ved finansieringssystemet, men samvirker med de overordnede styringssystemene- og strukturene for spesialisthelsetjenesten (SINTEF 2010).

## 2.3 TYPOLOGISERING AV FINANSIERINGSSYSTEMER

Finansieringssystemer kan klassifiseres langs flere dimensjoner (A typology for provider payment systems in health care, Jegers M. et al, 2001). Finansieringssystemer kan hovedsaklig skilles etter to dimensjoner, *faste* versus *variable* systemer og *retrospektive* versus *prospektive* systemer.

Første dimensjon indikerer i hvor stor grad det er en direkte kobling mellom helseprodusentenes aktivitet og inntekt. Dersom aktivitet ikke reflekteres i inntektsnivå, betegnes systemet som fast. Dersom variasjoner i aktivitet reflekteres i inntektsnivå betegnes systemet variabelt. I praksis kan finansieringssystemene bevege seg langs en skala, fra fullt ut fast system som ved rendyrket rammefinansiering til fullt ut variabelt system som ved rendyrket aktivitetsbasert finansiering. Kjennetegn ved systemet som blant annet ansvarsforhold, utforming av kontrakt, aktivitetskontroll vil ha betydning for hvor på skalaen et system ligger.

Rammebudsjetter og kostnads- og volumbudsjetter er eksempler på finansieringsmetoder som på skalaen følger faste finansieringssystemer. Rammebudsjetter innebærer at det gis et beløp (budsjett) som skal dekke tilgang (til en nærmere spesifisert befolkning) til et gitt sett av tjenester under en bestemt tidsperiode (SINTEF). Volum spesifiseres ikke, kun budsjettets størrelse. Inntekter fordelt etter objektive kriterier som skal dekke helsetjenester for en befolkning innenfor et gitt geografisk område er eksempel på rammefinansiering som brukes av de regionale helseforetak (behovsbasert, pr. Capita- justert, rammemodell (NOU 2003:1, Kap.6)).

Kostnads- og volumbudsjetter (fastpriskontrakt) bestemmer aktivitetsvolum for et gitt sett av tjenester som skal utføres og det er knyttet en definert pris i forhold til dette volumet.

Kontraktene, med på papiret avtalt aktivitet, kan være variable dersom aktivitet utover det avtalte refunderes eller inneholder elementer av sanksjon i form av inndragelse av inntekt ved ikke oppnådd aktivitetsvolum. Kontraktene vil da ha “fellestrekk” med aktivitetsbasert finansiering.

Aktivitetsbasert finansiering innebærer at inntekter er avhengig av utført aktivitet.

Inntektsmetoden kan karakteriseres etter hvilken aktivitet det betales for:

- tjenester (fee-for-service)
- case- basert (pasienter, besøk, innleggelser, konsultasjon, episode)
- dager (per diem)

I fee-for-service ordninger refunderes per utført tjeneste etter en forhåndsbestemt pris.

Eksempel er takstsystemet for fastlegene. I case-baserte ordninger betales ikke per faktisk

utførte tjeneste, men for eksempel for behandlede pasienter. Sistnevnte ordningen støtter seg til pasientklassifikasjonssystemer hvor pasientene deles inn etter medisinske diagnoser og prosedyrer i mer eller mindre ressursmessig homogene grupper. Hver gruppe er vektet til en forhåndsbestemt pris. Innsatsstyrt finansiering (ISF- finansiering) er eksempel på en case-basert oppgjørsordning.

I liggedøgnbaserte ordninger (per diem) gis refusjon etter antall liggedager.

Kurdøgnfinansieringen er eksempel på denne type finansieringsordning.

Den andre dimensjon indikerer om helseprodusentenes inntekter er relatert til realiserte kostnader (faktiske kostnader) eller er basert på forventede kostnader. I et *retrospektivt* finansieringssystem blir helseprodusentene betalt helt eller delvis ex post basert på faktiske påløpt kostnader ved pasientbehandling, kostnader som er dokumentert i regnskapet, jamfør kurdøgnfinansiering. I et *prospektivt* system er betalingen bestemt ex ante, det vil si at helseprodusenten får et tilskudd/enhetsrefusjon/takstsystem i forkant av en betalingsperiode. Differensiering mellom prospektive og retrospektive oppgjørsordninger må sees i sammenheng med om systemet er fast eller variabelt. Et retrospektivt system er alltid variabelt, mens et prospektivt system kan både være fast og variabelt. Et prospektivt system ex ante (eller på papiret) kan i praksis være et retrospektivt system med varierende grad av kostnadsdekning ex post (SINTEF).

Et prospektivt og et retrospektivt finansieringssystem knyttes også til hvem som bærer det økonomiske ansvar. Se under økonomisk risiko.

En annen dimensjon er skille mellom makro- og mikro- nivå. Ulike kombinasjonsmuligheter finnes på begge nivå og innbyrdes mellom nivåene.

Dimensjonene er viktige å klargjøre i forhold til incentiv i finansieringssystemer.

## 2.4 INCENTIV EFFEKTER

Ulike finansieringssystemer gir ulike effekter med hensyn på incentiv (Jeger et al. 2002, Langenbrunner et al 2009). Gitt at helseprodusentene har maksimal profitt som motivasjon for adferd så vil retrospektive systemer generelt gi insitament til aktivitets- og kostnadsøkning. Prospektive og variable systemer gir insitament til aktivitetsøkning og kostnadsreduksjon, så

lenge der er kostnadsdekning på marginen. Prospektive og faste systemer gir insitament til aktivitets- og kostnadsreduksjon. Helseprodusentenes adferd kan imidlertid være motivert ut fra andre faktorer, især innen den offentlige helsetjenesten (SINTEF). Slike andre motivasjonsfaktorer kan være aktivitetsnivå, slakk, kvalitet, prestisje, størrelse, selvoppholdelse og risikoaversjon, som vil påvirke adferd og målsetting. (Newhouse1970, McGuire 1985, Mueller 1989, Wintrobe 1997. SINTEF)

Mulige målkonflikter kan være:

- Tilgjengelighet versus kostnadskontroll
- Effektivitet versus kostnadskontroll
- Prioriteringer/kvalitet versus kostnadseffektivitet
- Økonomisk risiko versus kostnadseffektivitet

Incentiveeffekter må også sees i sammenheng med ulike styringssystemer, så som eierstruktur og organisering, grad av desentralisering, grad av konkurranse (markedsstruktur) og grad av styring og monitorering med hensyn på aktivitet både når det gjelder nivå og innhold (SINTEF).

### 3 HISTORISK TILBAKEBLIKK

#### FINANSIERINGSSYSTEMER, INCENTIV OG ERFARINGER

##### 3.1 KURDØGNFINANSIERINGSFASEN 1945-1979.

Sykehusloven i 1970 plasserte ansvaret for sykehus hos fylkeskommunene.

Fylkeskommunene fikk refundert en stor andel (70- 75 %) av sine faktiske utgifter, pr.

kurdøgn til sykehusene fra folketrygden. Altså et aktivitetsbasert, retrospektivt

finansieringssystem hvor refusjon ble gitt etter antall liggedager. Tidligere var

kurpengesatsene underlagt statlige prisreguleringer, refusjonsandelen var omtrent 65 % da

sykehusloven ble gjeldende (Fra politikk til økonomikk, Ole Berg 2006). Velferdsstaten var

etablert. Helse er et velferdsgode. Helsedirektør Karl Evang skrev i en uttalelse at «det er

utgiftene som bestemmer inntektene og ikke omvendt». Uttalelsen er tatt med i

lovproposisjonen (Berg). Den desentraliserte styringen og finansieringsordningen ga i

hovedsak to typer insitamenter; det var lønnsomt å øke sykehusenes aktivitet med

prissubsidiering av inneliggende pasienter, og det var svært lønnsomt for fylkeskommunene å

bygge ut kapasiteten, herunder sykehusutbygging og investering i utstyr.

Kursdøgnsfinansieringen førte til en betydelig vekst i totale kostnader, i gjennomsnitt 10 %

per år. (The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership

of public hospitals. T. P. Hagen og O. M. Kaarbøe 2004)

Tabell1 Prosentvis økning av kostnader i helsesektoren i perioden 1971-2000.

<u>År</u>	<u>Per prosent</u>
1971-1975	40
1975-1980	31
1980-1985	7
1985-1990	3
1990-1995	9
1995-2000	30

Kilde: Figur 3.1 NOU 2003:1

Desentraliseringen førte også til geografisk ulikhet på tilbudssiden.

Finansieringsordningen gjorde det vanskelig å nå en målsetting om teknisk effektivitet (gjøre tingene riktig), allokerings effektivitet<sup>2</sup> (gjøre de riktige tingene), og å nå en målsetting om kostnadskontroll, og en målsetting om geografisk utjevning av helsetjenestetilbudet. (Jon Magnussen, Finansieringsordninger for helsesektoren, radikalt økonominettverk ). Allerede i St.meld. nr. 9 (1974-75) ble tilføyelsen om å erstatte kurpengesystemet med ordning med rammebevilgninger fulgt opp. (Ole Berg).

### 3.2 RAMMEFINANSIERINGSEPOKEN 1980-1997.

Fra 1980 ble kurpengeordningen i sykehusene erstattet med en finansieringsordning med statlig rammefinansiering av fylkeskommunene og fylkeskommunenenes rammefinansiering av sykehusene. Inntektene skulle styre utgiftene (Berg). Staten gav rammetilskudd til fylkeskommunene. Tilskuddene var således uavhengige av både kapasitet og aktivitet. Innen helsesektoren ble tilskuddene tildelt etter objektive behovskriterier, pr. Capita- justerte rammeoverføringer. Regional tilbudslikhet betinger en ordning hvor man finner kriterier som faktisk fanger opp geografiske variasjoner. Kvalheim-utvalget (NOU 1977: 22) utformet det første kriteriesett.

På 80-tallet rådet forestillingen om at en desentralisert, fylkeskommunal modell var best egnet til å ivareta likhet og effektivitet. Lokalt demokrati, lokalt selvstyre og geografisk utjevningsspolitikk stod sentralt (Magnussen). Den som har skoen på vet best selv hvor den trykker. Rammefinansieringsordningen ble allikevel styrt ovenfra, fra staten, den var planøkonomisk (Berg). I vårt offentlige skattebaserte helsevesen hadde fylkeskommunene ingen myndighet til å påvirke skattenivået, finansieringen var sentralt styrt (Rattsø 1998). Økonomisk risiko ble plassert nedover i systemet, se kapittel 5.1.1. Ordningen gav incentiv til kostnadskontroll. Kostnadsveksten var i gjennomsnitt under 1 % på 80-tallet (Hagen, Kaarbøe). Se tabell 1 s.15.

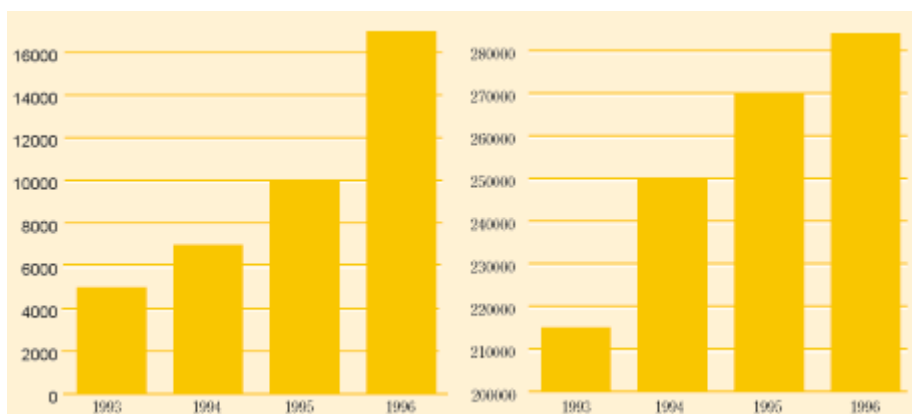
---

<sup>2</sup> I økonomisk litteratur er det vanlig å skille mellom ”indre” og ”ytre” effektivitet, se for eksempel Askildsen et al (1999). Indre effektivitet er knyttet til om oppgavene gjøres på en riktig måte, mens ytre effektivitet er et spørsmål om å gjøre de rette oppgavene. Indre effektivitet fokuserer på utnyttelsen av innsatsfaktorer og ressurser i produksjonen. Ytre effektivitet gjør seg gjeldene på høyere nivå og kan gjerne oversettes med allokerings effektivitet som kriterium for å vurdere om tjenesteproduksjonen er samfunnsøkonomisk effektiv.



Den lave kostnadsveksten må også sees i sammenheng med at Norge var i resesjon etter oljekrisen i 1986. Satsing innen primærhelsetjenesten var betydelig i begynnelsen av 80-tallet, satsingen var ment å redusere etterspørsel av spesialisthelsetjenesten (Hagen, Kaarbøe). Virkeligheten ble en annen. Incentivet til å holde sykehuskostnadene nede førte til problemer med å håndtere alle behandlingstrengende pasienter i spesialisthelsetjenesten. Antall pasienter i helsekø(er) vokste, ventelistene ble lenger (adaptert figur fra St. Meld. 24. 1996-97).

Figur 1 Ventelistetall pr. 3. kvartal i årene 1993-96



Kilde: Kommuneforlaget.

Ventelistegaranti ble innført i 1992, men følgende stadig økende brudd på garantien. Antall liggedøgn gikk ned, men antall reinnleggelser økte i takt med reduksjon i liggetid (SAMDATA1994). Tidlig på 90-tallet gav staten ad hoc øremerkede tilskudd for å øke aktiviteten. Overskridelser ble enten absorbert av fylkeskommunene eller staten gav tilleggsbevilgninger (Magnussen). I utgangspunktet var rammefinansieringen et prospektivt, mer eller mindre fast finansieringssystem, men beveget seg mot et mer variabel og dels et retrospektivt, ex post finansieringssystem.

Budsjettunderskudd fikk sjelden noen konsekvens, eventuelle overskudd ble brukt til å dekke andre enheter. Modellen fikk preget av en incentivstruktur som belønnet overskridelse og straffet effektivisering. Det er ikke "lønnsomt å behandle pasienter" ble retorikken (Magnussen). Ordningen gav få incentiv til å effektivisere ressursbruken.

I St. melding nr 44 (1995-96) *Ventetidsgarantien-kriterier og finansiering*, ble forslaget om innsatsstyrt finansiering fremmet.

Med utgangspunkt i nasjonale mål for helsepolitikken skal finansieringssystemet oppfylle følgende krav:

- skape lik tilgjengelighet til en god helsetjeneste
- stimulere til effektiv ressursutnyttelse
- gi grunnlag for god kostnadskontroll

Valg av innsatsstyrt finansiering er knyttet til disse målene.

Mulige utilsiktede virkninger som at en for stor andel av ISF- finansiering kunne føre til manglende kostnadskontroll, samt mulige utilsiktede vridningseffekter ble diskutert.

### 3.3 INNSATSSSTYRT FINANSIERING AV SYKEHUSENE 1997-

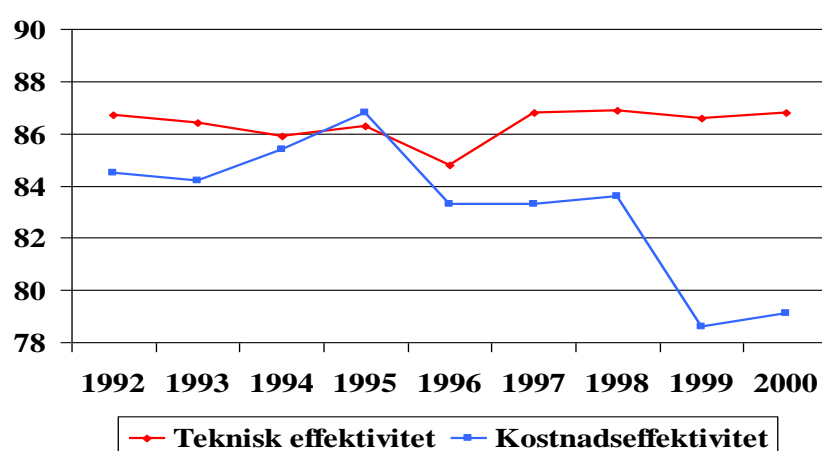
1. juli 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF-) innført av helseminister Hernes, under Brundtlands arbeiderparti regjering. Ordningen ble vurdert under Willoch-regjeringen allerede på slutten av 1980-tallet (NOU 1987:25), og en forsøksordning ble gjennomført i perioden 1991 til 1993 (Magnussen og Solstad, 1994) ved somatiske sykehus. ISF- finansiering ble innført som et virkemiddel for å redusere ventelistene; ventelistegarantiene måtte innfris. Rammetilskudd hadde ført til lekkasje av inntekter til andre sektorer (utdanning, samferdsel) som fylkeskommunene var ansvarlig for. Fra 1994 ble statlige sektor tilskudd erstattet med generelle tilskudd til fylkeskommunene slik at de selv kunne prioritere mellom oppgavene (Magnussen). Rammefinansiering hadde vist seg å være ineffektivt (Hagen, Kaarbøe). Finansieringsreformen innebar at en andel av de statlige rammeoverføringene til fylkeskommunene ble erstattet med ett stykkprissystem hvor staten refunderer en andel av en på forhånd beregnet kostnadspris pr. behandling med basis i et pasientklassifikaasjonssystem kalt DRG (Diagnose Relaterte Grupper) (Aslaksen 2001). DRG-prisen er fastlagt ut fra en beregnet gjennomsnittskostnad ved behandling av den aktuelle diagnosegruppe ved ulike sykehus. Den aktivitetsavhengige finansieringsordningen utløser refusjon, pr. i dag 40 % av DRG-prisen. Andelen ISF-finansiering har vært varierende mellom 30 og 60 prosent, og har fra 2006 ligget stabilt på 40 prosent (Magnussen).

Innføring av ISF-finansiering førte til økt teknisk effektivitet, økt aktivitet og reduserte ventelister (Biørn, Hagen et al 2003, Kjerstad 2003 , Hagen og Kaarbøe 2006). Antall behandlede pasienter innenfor somatikk økte med 2,2 % årlig i perioden 1997 til 2001, i motsetning til gjennomsnitt under 1 % i årene 1990 til 1997 («The effect of activity-based

financing on hospital efficiency : A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000», Biørn, Hagen et al. 2002). Artikkelen peker imidlertid på at den økte tekniske effektiviteten<sup>3</sup> samtidig førte til redusert kostnadseffektivitet<sup>4</sup>. Stramt arbeidsmarked som bidro til høye lønnskostnader angis som en viktig faktor til redusert kostnadseffektivitet. Kostnadsveksten medførte vedvarende driftsunderskudd i sykehusene.

Figur 2

### Variasjon i effektivitet, somatiske sykehus, 1992-2000



ISF-ordningen førte til økt fokus på ledelse og økonomistyring i sykehusene ( Berg), (SINTEF).

<sup>3</sup> Økning i teknisk effektivitet betyr økt produksjon av output i forhold til samme mengde input

<sup>4</sup> Reduksjon i kostnadseffektivitet betyr at kostnader i forhold til samme produksjonsnivå øker, input øker

### 3.3.1. DRG – SYSTEMET

Diagnose Relaterte Grupper ble utviklet av prof. Robert R. Fetter og hans gruppe ved Yale University, og ble tatt i bruk av den amerikanske offentlige sykehusforsikringsordning for eldre (medicare) i 1983. Arbeidet med å utvikle et norsk DRG-system startet ved Norsk institutt for sykeforsikring i 1984, i samarbeid med DRG-miljøet ved Yale University (SINTEF). I NIS-rapport fra 1986 ble DRG-systemet nevnt som både informasjonssystem og som verktøy for budsjettering og finansiering. Fra 1. juli 1997 ble rammefinansiering avløst av innsatsstyrt finansiering av sykehus basert på DRG-grupperte pasientdata, kostnadsvekter per DRG og årlige enhetspriser<sup>5</sup> (SINTEF). Fra og med 2010 er poliklinikk vektet i en felles ISF-ordning for somatisk aktivitet.

DRG-systemet brukes i dag også som grunnlag for styring av aktivitet og overvåking av aktivitets- og produktivitetsutvikling på nasjonalt og lavere nivå. Systemet gir også mulighet for benchmarking (sammenligninger) på både sørge for- nivå og helseprodusentleddet blant annet gjennom de årlige SAMDATA-publikasjoner.

DRG-systemet er et klassifikasjonssystem der pasientbehandling kobles mot ressursbruk. Dette gir mulighet til å konstruere aggregerte outputmål som fanger opp forskjeller i pasienttyngde (Finansdepartementet). Man kan da beregne det relative ressursforbruket til ulike pasientgrupper.

Inneliggende pasienter grupperes i ca 500 DRG-grupper. Sentrale variabler i DRG-plassering er diagnoser, medisinsk eller kirurgisk behandling, alder, kjønn og utskrivelsesstatus. Det skilles mellom medisinske og kirurgiske DRG. En pasient kan ha samme lidelse, men kan behandles ulikt. Om lag 20 % av DRG-gruppene deles videre inn i kompliserte og ukompliserte DRG ut fra sykdomsforløpet. Unntaksvis kan liggetid påvirke DRG-plassering.

---

<sup>5</sup> Enhetspris/DRG-pris er kroner 36968 (2011)

## 4 HELSEFORETAKSREFORMEN 2002

Frem til helseforetaksreformen fungerte sykehusene som offentlige forvaltningsorganisasjoner, en tilknytningsform som syntes dårlig tilpasset den oppfatning at sykehusene deltar i et større helsetjenestemarked. Norge fulgte en internasjonal utvikling mot økt markedsorientering. Den planøkonomiske effektiviseringen ble dels erstattet av mer markedsimiterende tenkning (Berg). «Aktørene tenker «privat», individuelt nyttemaksimerende, og ikke offentlig, solidarisk, idealistisk » skriver O. Berg. Dette gjenspeiles i den nye «private», offentlige ledelse (New Public Management) hvor globale organisasjonsoppskrifter tilpasses de enkelte land (Økonomi og helse 2008). Økte pasientrettigheter, økt konkurranse mellom pasienter, kapitalkrevende teknologi, medisinsk innovasjon som gav nye tilbud og etterspørsel, nye kommunikasjonsformer og økte krav til omstilling medførte et press til å reformere sykehusorganiseringen (Økonomi og helse). ISF-finansiering skapte styringsmessige problemer i form av liten kontroll med kostnadsutviklingen og vedvarende kostnadsoverskridelser og tilleggsbevilgninger (Hagen og Kaarbøe 2004). Et av ankepunktene var som tidligere nevnt at fylkeskommunene manglet handlefrihet da de ikke kunne variere skattesatsene. Reformen skulle være et virkemiddel for å få styring på økonomien gjennom klarere ansvarsforhold og profesjonalisering av styring og ledelse (SINTEF).

Helseminister Tore Tønne (1948-2002) under Stoltenberg I uttalte 3. april 2001: *«En eier som ikke har ansvar for og hånd om finansieringen, er i realiteten en svak eier. Og en finansieringsansvarlig som ikke har tilhørende beslutningsansvar, blir også en svak aktør. Det eneste som kan gi et normalt eieransvar, er å samle disse funksjonene. I praksis er det bare staten som kan ta en slik rolle».*

Tønne ville profesjonalisere en helhetlig ledelse, fristilt fra det politiske liv, samlet i en statseid institusjon (Berg). Ulike tilknytningsformer ble diskutert. Statsaksjeselskapsformen, som selskapsform har vanligvis vært knyttet til å sikre økonomisk avkastning av statlige virksomheter (Statoil, Posten, NSB, Telenor). I et statsaksjeselskap har staten hatt et begrenset ansvar for virksomheten og er ikke rettslig forpliktet til å dekke restgjeld ved nedleggelse. Statsaksjeselskap kan gå konkurs (Økonomi og helse). En slik ansvarsbegrensning var ikke mulig, så lenge det offentlige har påtatt seg ansvaret for å drive sykehus (NOU 1996:5). Helsesektoren skulle også i fremtiden være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale velferdspolitiske mål.

I 2001 ble sykehusene samlet i fem regioner under hvert sitt regionale helseforetak (helseforetaksloven). De regionale helseforetak er selvstendige rettsobjekter, med egne

styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Foretakene kan dog ikke gå konkurs. Foretakene er statseid og under departemental ledelse, altså politisk, byråkratisk ledelse.

(helseforetaksloven). Statens rolle er hovedsaklig å drive strategisk eierstyring, blant annet gjennom årlige oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumentene fra staten setter de økonomiske rammene for inntektene og viser resultatkrav. De regionale helseforetak har, innenfor rammen av lover, regler og oppdragsdokument, frihet til å styre organisering av egne helseforetak, samt finansiering av helseprodusentene (SINTEF). De regionale helseforetakenes rolle er primært å være tilretteleggere og bestillere. De har et *sørge for- ansvar*. Helseforetakene har rolle som utfører. De skal produsere helsetjenester, og stå for forskning og undervisning. Sitat lov om helseforetak § 2:

*Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.*

*Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.*

De regionale helseforetak fremstår hovedsaklig som regionale monopolister, der bestiller- og utfører rollen er integrert (Berg). Ledelsen fra regionnivå og ned skulle være profesjonelle. Berg spør om den departementale forankringen representerer et fortsatt ønske om et sentralt, planøkonomisk styre. Han peker på faren for repolitisering av forankringen, også nedenfra. (ref. helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen inngripen i bygging av nytt sykehus i Molde og reaksjoner på lokalt nivå)

Eierform og organisering ble endret uten at det ble gjort vesentlige endringer i prinsippene for finansiering verken på *sørge for-* nivå eller produsentleddet (SINTEF).

De første årene etter reformen var det en viss reduksjon i ventetid for behandling, men de senere år har gjennomsnittlig ventetid økt noe (Helsedirektoratet 2010). Aktivitets- og kostnadsveksten har bremsset opp og vært avtagende de senere år (Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten 2010). Kostnadseffektiviteten økte i perioden 2005-2009, især i perioden 2007-2008( Kalseth og Pedersen 2010).

Hovedoverskrifter i pressen primo april 2011 forteller at Oslo Universitetssykehus må spare en halv milliard kroner, noe som oppleves vanskelig for administrerende direktør, OUS, S. Hatlen og helsearbeiderne. Krav om innsparing har dels bakgrunn i flytting av 160 000

pasienter fra OUS til Akershus, dels grunnet omfordelingseffekter av kriteriesett for behovskomponenten i inntektsfordelingsmodellen. I saksfremlegg 14. april svarer admininstrerende direktør, Helse Sør-Øst, B. Mikkelsen «*at det samlede utfordringsbilde i Oslo sykehusområde må håndteres som en del av budsjettopplegget for 2012 og økonomisk langtidsplan, uavhengig av inntekstmodellene*».

Etterkommentar: Siste oppdaterte nyheter på internett mandag 6.juni 2011. Adm. Dir. S. Hatlen trekker seg fra sin stilling ved Oslo universitetssykehus.

## 5 FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN I ET SAMFUNNSØKONOMISK PERSPEKTIV: BEHOVSKOMPONENTEN

Norge har altoverveiende et offentlig skattebasert helsevesen. Spesialisthelsetjenesten har en stor samfunnsøkonomisk betydning. Våre ressurser er knappe. Det er vesentlig hvilke prinsipper vi fordeler ressursene etter og hvilke oppgjørsordninger vi velger mellom de ulike aktører i helsetjenesten (radikalt økonominettverk).

### 5.1 NOU 2003:1 BEHOVSBASERT FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN

I forbindelse med den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten nedsatte regjeringen et utvalg ledet av prof. T. P. Hagen. I følge mandatet skulle utvalget bl.a. ta opp og diskutere «prinsipper for fordeling av aktivitetsuavhengige tilskudd mellom de regionale helseforetakene». Tilskudd som gjenspeiler behov, heller enn aktivitet, kunne tenkes å finansiere størstedelen av aktiviteter i regionale helseforetak. Det sentrale er at tilskudd av denne type vanligvis fordeles i forhold til antall innbyggere i en region og deres behov for helsetjenester (behovsbaserte tilskudd).

#### 5.1.1 ØKONOMISK RISIKO OG RESSURSFORDELING (ETTER BEHOV)

En sentral egenskap ved helse og helsetjenester er usikkerhet. Markedsimperfeksjonisme med bakgrunn i eksterne virkninger og asymmetrisk informasjon, og gjerne involvering av en tredje part gir usikkerhet (E. Erlandsen, T. Iversen, HERO, 1998:14). Innenfor helsevesenet er det en rekke forhold som tilsier at det ikke er noen automatikk i at egeninteresse fører til samfunnsøkonomisk effektivitet (K. Arrow, 1963)<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> [Kenneth Arrow](#). Flere mener at helseøkonomi oppsto med Kenneth Arrows artikkel “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, publisert i *American Economic Review* i 1963.



Flere forhold tilsier at ulike finansieringsformer vil påvirke risikofordelingen i systemet. Kostnadskompensasjon (realiserte kostnader) vil plassere all risiko på betaler (staten), mens refusjon basert på aktivitet, for eksempel gjennom faste DRG-priser, og faste rammer flytter risiko nedover i systemet (helseprodusent). I de fleste land i Europa og andre land ellers i verden med offentlig, skattebasert helsevesen finansieres nå hele eller store deler av helsetjenestene ved at de organer som er bestillere av helsetjenester får tildelt et tilskudd avhengig av trekk ved den befolkning eller de pasienter disse organene har ansvaret for (Rice og Smith 2001), (SINTEF 2010).

Denne type finansiering forutsetter en forming av rammetilskudd som gjenspeiler befolkningens behov for helsetjenester. Antall innbyggere i ulike aldersgrupper justert for risikofaktorer som avspeiler variasjoner i behovet for spesialisthelsetjenester vil være kriterier som legges til grunn for ressursfordelingen. Behovsbasert fordeling innebærer således at det i helseplanen gis en pris per innbygger. Helseplanens pris vektes etter innbyggernes helsetilstand, samt det volum og kvalitetsnivå nasjonale myndigheter ønsker på tjenestene.

Det er spesielt to bestemmende forhold som benyttes ved behovsbasert ressursfordeling:

- α) *Fordelingshensyn* - som bidrar til lik tilgang til helsetjenester for personer med likt behov. Geografiske områder varierer med hensyn til populasjonens behov for helsetjenester. Innføring av risikojusterte overføringer bidrar til å utjevne disse forskjeller.
- β) *Effektivitet* - ved at det bidrar til høyere kostnadseffektivitet. Behovsbasert ressursfordeling har som målsetting å bedre effektiviteten i systemene. I premiebaserte forsikringssystemer har en særlig vært opptatt av å bedre kostnadseffektiviteten, som gjennomgående har vært lav som følge av perioder med utstrakt bruk av kostnadskompenserende finansieringsordninger (van de Ven og Ellis 2000).

### 5.1.2 HAGEN-UTVALGETS KRITERIESETT

Hagen-utvalgets kriteriesett for fordeling av behovsbasert inntektskomponent bygger på analyser av forbruksdata på fylkesnivå (1999-2001) for somatikk.

Resultatet av analysene viste en klar sammenheng mellom alder og forbruk av somatiske sykehustjenester, alder er således valgt som behovs/fordelingskriterium. Reisetider påvirker noe utgiftsnivået (Kopperud og Iversen 2001), og er derfor valgt som et fordelingskriterium

(4 %). Sosiale kriterier ble ikke valgt som fordelingskriterium for somatikk.. Hagen-utvalgets kriteriesett ble bare delvis benyttet. Begrunnelsen var at det fra politisk hold var en oppfatning at kriteriesettet brukt i sin helhet ville føre til for store omfordelinger innbyrdes mellom regionshelseforetakene (helse og økonomi) i forhold til tidligere kriteriesett (Kvalheim og Rattsø- utvalget).

Etter hvert ble det også reist spørsmål om ikke sosiale kriterier (Carlsen 2006) burde være vektet sterkere i fordeling av inntekt til somatiske helsetjenester.

## 5.2 NOU 2008:2 FORDELING AV INNTEKTER MELLOM REGIONALE HELSEFORETAK

Etter å ha varslet ny gjennomgang av inntekstfordelingssystemet mellom de regionale helseforetak nedsatte Regjeringen et utvalg ledet av prof. Jon Magnussen. Utvalgets hovedoppgave var “ å lage et inntekstfordelingssystem for de aktivitetsuavhengige bevilgningene til de fire regionale helseforetakene.” Utgangspunktet for inntekstfordelingen er, som nevnt innledningsvis, regionale helseforetaks “*sørge for- ansvar*”.

*«Regjeringens mål er at alle skal ha god tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Brukerne av helsetjenester skal bli tilbudt gode tjenester til lavest mulig kostnad.»*

Inntekstfordelingen skal sikre at regionale helseforetak er i stand til å tilby innbyggerne i de ulike regionene likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester. Prospektive inntekstfordelingsmodeller basert på antall innbyggere oppfattes som mest rettferdig fordelingssystem.

### 5.2.1 BEHOV OG ULIKE FORDELINGSPRINSIPPER

Enkeltindividets behov for helsetjenester kan ikke måles direkte. Således er det heller ikke mulig objektivt å bestemme når individer eller populasjoner har “lik behovsdekning” Fordeling av ressurser mellom individer kan følge prinsipp: i)om størst mulig helse, og prinsippet ii)om størst mulig helsegevinst. Resultatet av fordeling av ressurser vil bli forskjellig etter hvilket prinsipp man følger.

Som eksempel:

A har dårlig helse og kan også ha lite helsemessig utbytte av behandlingen

B har god helse og kan også ha stort helsemessig utbytte av behandlingen

Prinsippet om størst mulig likhet i helse vil tilsi at vi tilgodeser A, fordi dette vil utjevne helseforskjellene. Prinsippet om størst mulig helsegevinst vil tilsi at vi tilgodeser B ( kapittel 6. boks 6.1).

Dilemmaet mellom likhet (utjevning av helse) og effektivitet (størst mulig helsegevinst per krone) er også reflektert i Forskrift om prioritering av helsetjenester (prioriteringsforskriften). I Prioriteringsforskriften § 2 heter det:

*«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven*

*§ 2 – 1 annet ledd, når:*

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.»

En vektlegging av alvorlighet, slik det beskrives i pkt. 1, betyr at man ønsker å prioritere de som har dårligst helse, og kan tolkes som et ønske om å utjevne helseforskjeller. En vektlegging av helseeffekt (pkt. 2) kan tolkes som et ønske om størst mulig helsegevinst.

Helsepolitisk er det uttrykt ønske om å bruke inntektssystemet til å jevne ut forskjeller. Man er derfor ikke nødvendigvis opptatt av å maksimere helsegevinst.

## 5.2.2 BEHOV - ETTERSPORSEL – FORBRUK

Utgangspunktet for å vurdere behov for helsetjenester på regionnivå, er behovet på individnivå. Vurderinger av hva som bestemmer behovet for ulike helsetjenester vil generelt være subjektive. Ett paradoks; folkehelsen er i bedring objektivt sett, men befolkningen rapporterer likevel synkende tilfredshet med egen helse. Epidemiologiske mål som spedbarnsdødelighet og levealder viser en positiv utvikling, men folk opplever allikevel

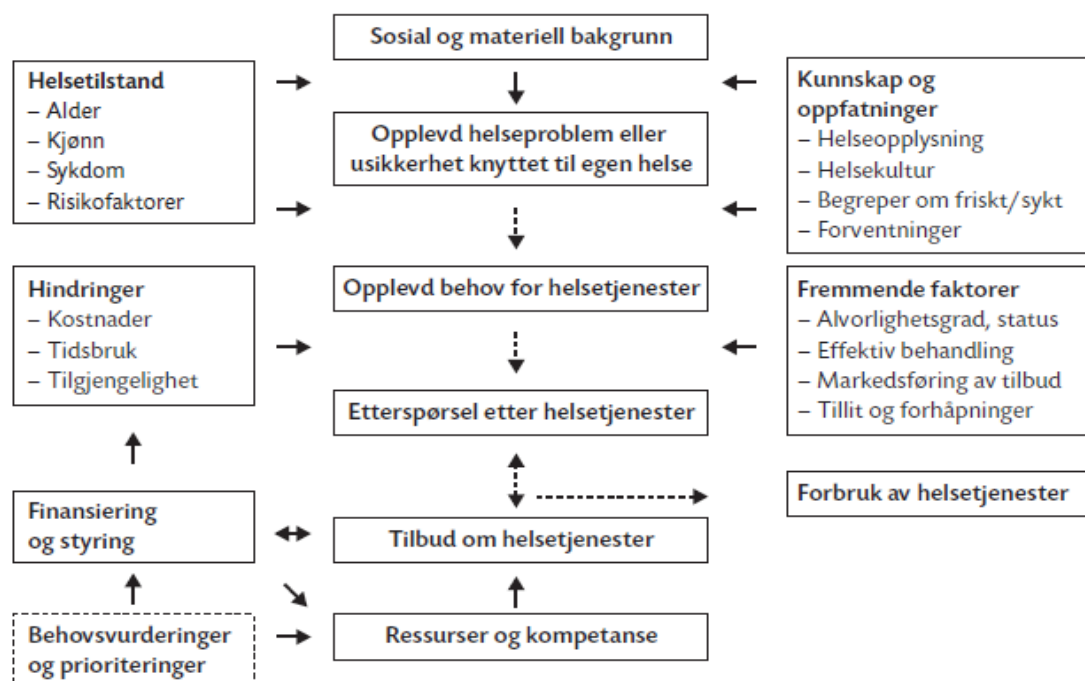
økende plager og uførhet (A. J. Barsky. The paradox of health N Engl J Med 1988).

Forestillingen om sykdom og helse endrer seg over tid og virker inn på oppfatninger om hva som er normalt, friskt og sykt.

En vanlig forutsetning er at behovet til et individ er knyttet til nåværende helsestatus som, sammen med dagens medisinske teknologi, bestemmer individets evne til å nyttiggjøre seg av helsetjenester (Sutton mfl. 2002). Helsestatus og mulighet til å dra nytte av helsetjenester vil variere med faktorer som alder og sosioøkonomiske forhold.

Frich og Hoffman (Penger og verdier i helsetjenesten. Kap. 4: Behov – sykdom uten grenser.) belyser på en grundig måte problemstillinger knyttet til behov i en helsemessig og medisinsk sammenheng. De viser at forholdet mellom opplevd behov, forventninger, etterspørsel etter helsetjenester og tilbud av helsetjenester, står i et dynamisk og kompleks forhold til hverandre.

Figur 3 Modell som viser forhold opplevd behov, etterspørsel etter og tilbud av helsetjenester. (Etter tillatelse fra Jan Frich)



**Figur 4.1** Modell for dynamikken i opplevde behov og etterspørsel etter helsetjenester. Sosial og materiell bakgrunn, helsestatus, kunnskaper og oppfatninger påvirker om man opplever å ha et helseproblem eller usikkerhet knyttet til egen helse. Opplevelsen kan gi seg utslag i et opplevd behov for helsehjelp eller helsetjenester. Hindringer i fremmede faktorer innvirker på om det opplevde behovet resulterer i etterspørsel etter helsetjenester. Tilbudet av helsetjenester, med de forhold som betinger dette, innvirker både på etterspørselen og forbruket av tjenester.

Tilbud av helsetjenester innvirker på etterspørsel. Så lenge etterspørsel etter helsetjenester er begrenset av tilbudet, vil forbruket av helsetjenester bli påvirket av nivået på tilbudet. Tilbudet vil også indirekte påvirke forbruket gjennom betydning av behov. Endringer i medisinsk- faglig og medisinsk-teknisk tilbud, samt nye legemidler kan føre til endringer som kan bidra til både å redusere behov, avdekke behov eller sågar skape nye behov og etterspørsel. Behov kan endres ved endret incidens av kjent sykdom. Det kan også stilles spørsmål ved om enkelte helsetjenester i Norge ikke nødvendigvis er rent medisinsk indisert, men har preg av et mer ”ikke-medisinsk” helsekonsum.

### 5.2.3 LITT OM METODE

Magnussen-utvalget kvantifiserer relative utgiftsbehov i ulike geografiske områder hovedsakelig ved bruk av statistiske metoder som tar utgangspunkt i faktisk forbruk av tjenester. I dette ligger dermed en antagelse om at relative forskjeller i forbruk reflekterer de samme relative forskjellene i behov. Dette behøver ikke være tilfelle dersom a) de som forbruker helsetjenester ikke er de som har størst behov, slik dette f.eks. vil defineres gjennom prioriteringsforskriften, eller b) det er grupper i befolkningen som systematisk har et underforbruk av helsetjenester. Hvis behov ikke er realisert gjennom forbruk vil analyser av variasjon i forbruk ikke være tilstrekkelige. Udekkede behov må settes skjønnsmessig. eller c) det observerte forbruket bestemmes av nivået på tilbudet. Forskjeller i forbruk kan skyldes forskjeller i tilbud, ikke behov.

### 5.2.4 MAGNUSSENS KRITERIESETT

Det er stort belegg for at behovet for somatiske spesialisthelsetjenester varierer med alder. Huseby viser at bruken av sykehustjenester er høyere blant eldre enn yngre, og de eldste har gjerne i tillegg mer kompliserte sykdommer, behov for andre typer behandling og lengre liggetid (Huseby, 2004). Det er godt dokumentert at sosiale og økonomiske forhold har innvirkning på befolkningens helsetilstand. St.meld. nr. 20 (2006 – 2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* omhandler ulikheter som følger av utdanning, yrke og inntekt. Rapporten *Sosial ulikhet i helse* fra Folkehelseinstituttet (2007) gir en oversikt over

sosial variasjon når det gjelder helse- og risiko-faktorer for sykdom i dagens Norge (kap. 8.1.4).

Utvalgets forslag til behovsnøkkel for somatiske spesialisthelsetjenester inkluderer således: alder (58 %) helseindikatorer (29 %), inkludert dødelighet, andel sykmeldte, andel uføretrygdete, andel med rehabiliteringspenger, sosiale indikatorer (10 %), inkludert andel grunnskole, levekårsindeks (arbeidsledighet, voldskriminalitet og attføring) og en indeks for klima og breddegrad (3 %) (sommertemperatur, vintertemperatur, nedbør og breddegrad).

Ved at det tas hensyn til helsekriterier, sosioøkonomiske kriterier og kriterier som fanger opp variasjoner knyttet til klima/ breddegrad skiller utvalgets forslag til behovsnøkkel seg vesentlig ut i forhold til Hagen-utvalgets (03) kriteriesett for fordeling av inntekter mellom RHF ene.

Forskjell i fordeling av helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier mellom regionene er større enn forskjell i fordeling i forhold til alder. Utvalgets forslag om å introdusere helsekriterier og sosioøkonomiske kriterier får derfor relativt stor betydning for inntektsfordelingen med hensyn på omfordeling sammenlignet med tidligere fordelingsnøkkel (Hagen-utvalget).

## 6 INNTEKTSFORDELINGSMODELLEN FOR SOMATISKE HELSETJENESTER FOR HELSE SØR-ØST RHF

Administrerende direktør ved Helse Sør-Øst, B. Mikkelsens mål og intensjon er at *«Inntekstfordeling på bakgrunn av modeller er et viktig virkemiddel på veien mot å oppnå det strategiske målet om likeverdige tjenester til alle innbyggere i Helse Sør-Øst. Dette prinsippet benyttes også av Helse- og omsorgsdepartementet når inntekter skal fordeles mellom de regionale helseforetakene. Modellen for Helse Sør-Øst er bygget på mye av den samme logikken som den nasjonale modellen. Kriteriesettene som er tatt frem og benyttes i den nasjonale modellen, og metodikken som ligger til grunn for disse, er også brukt som utgangspunkt for modellen for Helse Sør-Øst »* (Helse Sør-Øst, sak nr 022-2011). (Svar på spm. 1 i kap.1.2)

### 6.1 BEHOVSKOMPONENTEN

Fordelingsmodellen i Helse Sør- Øst har sykehusområdene (Akershus, Innlandet, Oslo, Sørlandet, Vestfold-Telemark, Vestre Viken og Østfold) som tildelingsenhet.

I forbindelse med sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst oppnevnte administrerende direktør i Helse Sør- Øst en prosjektgruppe, ledet av førsteamanuensis Oddvar Kaarbøe. Sett i lys av strategisk mål om likeverdig behandlingstilbud i Helse Sør- Øst var en av gruppens oppgaver å avklare ”hvordan settet med behovskriterier fra Magnussen- utvalget fanger opp variasjoner innad i Helse Sør- Øst.”

Behovskomponenten kompenserer, som tidligere beskrevet, helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som sammensetningen av alder og sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.

Utvalget drøftet tre ulike kriteriesett med hensyn på behovskomponenten:

- a) Kriteriesettet fra Magnussen- utvalget utenom klimavariabler.
- b) Kriteriesettet fra Magnussen- utvalget utenom klima- og sykefraværsvariabler.
- c) Kriteriesett fra inntektsarbeidet i tidligere Helse Øst og Helse Nord.

Datagrunnlaget i analysene fra Magnussen- utvalget er:

- ØH og elektiv behandling utenom rehabilitering (dag- og døgnbehandling) som omfattes av ISF

- Poliklinisk behandling (ekskl. laboratorie- og røntgenvirksomhet) som ikke omfattes av ISF
- Behandling hos private avtalespesialister innen somatikk
- Rehabilitering som omfattes av ISF
- Behandling i opptreningsinstitusjoner

Datagrunnlaget er fra tidsperioden 2004-2006. Analyseenheten er celler som kombinerer kjønn, fødselsår og bostedskommune. Totale antall analyseenheter er over 72.000. Det er ikke mulig å koble pasientbehandling med registerdata fra SSB på individnivå.

Tilbudssidevariasjonen kontrolleres ved innlemmelse av i) tilbudssidevariabler (reiseavstand til sykehus og til avtalespesialister), ii) det korrigeres for forskjeller på nivå mellom helseforetaksområder, og iii) ved at analysenivået ikke sammenfaller med tilbudssiden (bruk av dummyvariabler for HF-områder).

Analyse på cellenivå er nært analyse på individnivå. Datagrunnlaget bygger på svært mange observasjoner slikt at materialet gir et rikt informasjonsgrunnlag for å se sammenhenger mellom forbruk og behovsvariabler.



Tabell 2 Kriteriesettene basert på fra Magnussen-utvalgets analyser. Klimavariabler er utelatt i kolonne 2. I kolonne 3 er både klima- og sykemeldte variabler utelatt

Magnussenkriterier – uten klima	Vekt	Vekt uten sykmeldte
0-5 år	0,03	0,04
6-12 år	0,01	0,01
13-17 år	0,01	0,01
18-29 år	0,04	0,05
30-39 år	0,06	0,06
40-49 år	0,06	0,06
50-59 år	0,08	0,09
60-69 år	0,10	0,11
70-79 år	0,11	0,11
80+	0,09	0,10
<b>Sum alder</b>	<b>0,60</b>	<b>0,65</b>
Dødelighet 20+	0,12	0,13
Andel sykmeldte	0,08	0,00
Andel uføretrygdete, 20-66	0,07	0,08
Andel med rehabiliteringsytelser 20-66	0,03	0,03
Ikke mer enn grunnskole 20-59	0,05	0,05
Levekårsindeks 0-19	0,01	0,01
Levekårsindeks 67+	0,04	0,05
<b>Sum sosioøkonomiske</b>	<b>0,40</b>	<b>0,35</b>
I alt	1,00	1,00

Tabellen viser at helse- og sosiale kriterier vektlegges mellom 35-40 %.

Datagrunnlaget i analysene med hensyn på kriteriesett i tidligere Helse Øst RHF og Helse Nord RHF er:

- Dag- og døgnbehandling som omfattes av ISF- ordningen
- Poliklinisk behandling
- Behandling hos private avtalespesialister innen somatikk

Datagrunnlaget er fra 2004. Analyseenheten er kommuner. Kontroll for tilbudsvariasjon samsvarer med metoden som er brukt i Magnussen-utvalget.

Tabell 3 Kriteriesettet fra tidligere Helse Øst RHF og Helse Nord RHF.

Kriterium	Vekt
0-4 år	0,06
5-19 år	0,03
20-39 år	0,11
40-64 år	0,23
65-74 år	0,11
75-89 år	0,17
90 + år	0,02
<b>Sum alder</b>	<b>0,72</b>
Uføre	0,14
Sosialhjelp	0,03
Dødelighet	0,07
Vold	0,04
<b>Sum sosioøkonomiske</b>	<b>0,28</b>
<b>Sum</b>	<b>1,00</b>

Sammenliknet med Magnussen- utvalgets kriteriesett viser tabellen ovenfor at kriteriesett fra tidligere Helse Øst RHF og Helse Nord RHF fordeler en relativt mindre andel 28 % etter sosiale kriterier.

Det er godt dokumentert at alder og sosioøkonomiske forhold er av betydning for utgiftsbehov til spesialisthelsetjenesten (NOU 2008: 2 kapittel 8.1.4). Prosjektgruppen peker imidlertid på at det er knyttet usikkerhet med hensyn til kausalitet mellom sosioøkonomiske variabler og behov for spesialisthelsetjenester. Især gjelder dette variablene klima (se mindretallsmerknad i NOU 2008: 2 s.100-101) og til en viss grad sykemeldte. Sykemeldingsvariabelen er noe usikker da sykemeldingspraksis varierer med konjunkturer, mens behovet for spesialisthelsetjenester ikke følger et slikt mønster. Det er også observert at det er store variasjoner mellom kommunene som ikke lar seg forklare.

Målt ut fra hvor strenge krav til dokumentert kunnskap en stiller for at sosioøkonomiske kriterium skal inkluderes, er det tidligere Helse Øst RHF- og Helse Nord RHF-modellen som stiller de strengeste krav. Magnussen-utvalgets inkludering av sykemeldte som er kriterium stiller minst strenge krav.

Ut fra et metodisk synspunkt er Magnussen-utvalgets analyser å foretrekke. Avstand til enhet som danner grunnlag for analysene (celler eller kommuner) og den ideelle analyseenhet på

individnivå er kortere. Videre er antall analyseenheter (ca 72 000 mot 430 kommuner) større hvilket bedrer de statistiske egenskaper til analysene.

I prosjektgruppens innstilling bygges behovskomponenten på kriterier foreslått i NOU 2008: 2, men uten kriteriene for klima og sykemeldte. Dette fører til større vektlegging av sosiale kriterier, mens alderskriteriet vektlegges mindre enn i tidligere benyttede kriteriesett (65 % mot tidligere 72 %).

Resultatet av endret kriteriesett gir lavere indeks til Oslo og Akershus. Behovsnøklerne gir høyest andel til sykehusområdet Innlandet.

Tabell 4 Omfordelingseffekter i kroner (tall i parentes) betyr minus i Helse Sør-Øst 2011

<u>Sykehusområdet</u>	<u>Omfordelingseffekt (tnok)</u>
Akershus	(51 544)
Innlandet	145 113
Oslo	(544 649)
Sørlandet	325 064
Telemark og Vestfold	142 874
Vestre Viken	41 167
Østfold	(53 047)

Kilde: Uttalelse DH og LDS 2011

Den økonomiske omfordelingen skal gjennomføres over perioden 2010-2012 (sak nr 070-2009). Når omfordelingskonsekvensene er kjent, gjøres en vurdering av hvor mye av omfordelingen som skal tas ut det enkelte år.

## 6.2 KOSTNADSKOMPONENTEN

Helseforetakene og sykehusene har i utgangspunktet ulik forutsetning for å drive pasientbehandling. Selv etter korreksjon for behov og variasjon i pasienttyngde gjennom DRG-systemet er det kostnadmessige forhold som varierer mellom sykehusene. En viktig målsetting med inntektsmodellen er at den skal understøtte målet om likeverdige helsetjenester. Sykehusene må således kompenseres utover rene

behandlingskostnader/effektivitetstiltak. Kostnadskomponenten fordeler 8 % av den delen av basisrammen til somatikk som inngår i modellen.

Analyser, som bygger på arbeid som ble gjennomført i forbindelse med inntektsåret 2008 (få analyseenheter da Norge har få sykehus), indikerer at forskning, undervisning, andel ikke-vestlige i opptaksområdet og reiseavstander/struktur påvirker kostnadene ved sykehusene og er ment kompensert gjennom kostnadskomponenten.

Kostnadskrevende pasienter (målt ved antall langtidsliggedager) kompenseres gjennom mobilitetskomponenten.

#### 6.2.1 DELKOMPONENT FORSKNING

Analyser indikerer at sykehus som har stor produksjon av forskningspoeng, også har høyere kostnader i behandlingsaktiviteten enn sykehus med lavere forskningsaktivitet.

Delkomponenten for forskning skal kompensere for denne høyere kostnaden.

Forskningskomponenten er analysert som antall produserte forskningspoeng. Analysene er gjort på data fra alle norske sykehus og er dokumentert i Hagen (2007). Gjennomsnitt forskningspoeng fra 2006 og 2007 bestemmer relativ andel mellom sykehusområdene. Antall forskningspoeng i 2007 (1.520) bestemmer nivået på kompensasjonen totalt. Prisen på kr 537 000 per forskningspoeng er prisjustert basert på estimer fra kostnadsanalyser gjennomført på 2005-data.

Tabell 5 Forskningspoeng i sykehusområdene 2005-07.

SHO	2005	2006	2007
Akershus	50,30	47,87	72,31
Innlandet	14,60	48,13	18,15
Oslo	1 024,50	1	1
		213,43	326,82
Sørlandet	14,70	14,95	40,54
Vestfold- Telemark	26,40	22,98	23,71
Vestre Viken	21,50	12,31	23,96
Østfold	11,50	17,00	14,97
Sum	1 163,50	1	1
		376,67	520,46

Kilde. NIFU- STEP

Tabellen viser at langt de fleste forskningspoengene utløses av Oslo sykehusområdet og at antall forskningspoeng har økt i perioden. Tabellen viser også variasjon i forskningsproduksjonen over år i noen sykehusområder.

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Andel av} & & \text{antall forskningspoeng} & & \text{pris pr} \\ \text{forskningsaktiviteten i} & * & \text{som totalt sett} & * & \text{forskningspoeng} \\ \text{definert periode} & & \text{kompenseres} & & \end{array}$$

## 6.2.2 DELKOMPONENT UNDERVISNING

Analyser av kostnader fra alle sykehusene i Helse Midt-Norge (Danielsen og Hollekim 2007) kan tyde på at sykehusenes kostnader øker med antall assistentleger primært knyttet til de første to årene i spesialiseringen.

Turnusleger er antatt å være minst like kostnadskrevende som assistentleger

Kostnadskompensasjonen per turnuslege er kr. 211 000 per år. Kompensasjon per assistentlege er kr. 106 000 per år. Argumentet for å sette kompensasjonen for leger i spesialisering lavere enn for turnusleger er at leger i spesialisering i høyere grad genererer aktivitetsbaserte inntekter. En kan ikke skille mellom tidlige og sene år i spesialiseringen.

Delkomponenten pr sykehusområde kalkuleres som:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Antall leger i} & & \text{Pris pr LIS-} & + & \text{Antall} & & \text{Pris pr turnus-} \\ \text{spesialisering} & * & \text{årsverk} & & \text{turnusleger} & * & \text{årsverk} \end{array}$$

## 6.2.3 DELKOMPONENT IKKE-VESTLIGE INNVANDRERE

Kostnadsanalyser viser at andel ikke-vestlige innvandrere øker sykehusenes kostnadsnivå (inntektsmodellarbeid 2008). Lengre konsultasjoner og bruk av tolk forklarer dels de økte kostnader. Ikke-vestlige innvandrere er definert som innvandrere fra Afrika, Asia inkl Tyrkia og Mellom- og Sør-Amerika, samt deres etterkommere. Estimat fra disse kostnadsanalysene indikerer at kostnaden per DRG-poeng øker med 91 kr når prosentandel ikke-vestlige

innvandrere i befolkningen øker med ett prosentpoeng. DRG- poeng som legges til grunn for beregning skal være aktivitet gjennomført for eget opptaksområde.

Tabell 6 Andel ikke- vestlig befolkning

	Drg-poeng	Andel ikke- vestlig befolk
Akershus	39 044	11,2 %
Innlandet	73 416	2,2 %
Oslo	109 398	13,4 %
Sørlandet	55 710	3,7 %
Vestfold-Telemark	82 568	3,6 %
Vestre Viken	65 951	5,7 %
Østfold	42 587	4,6 %

Kilde: SSB

Tabellen viser aktivitet (DRG- poeng) på pasienter fra eget sykehusområdet og andel ikke-vestlige befolkning i de ulike sykehusområder.

Delkomponenten per sykehusområde kalkuleres som:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Andel ikke-vestlige} & & \text{Antall DRG-poeng} & & \text{Pris per \%- poeng} \\ \text{innvandrere i} & * & \text{utført for egen} & * & \text{økning i andelen} \\ \text{opptaksområdet} & & \text{befolkning} & & \text{ikke-vestl. innv.} \end{array}$$

#### 6.2.4 DELKOMPONENT REISETID/STRUKTUR

Strukturkomponenten er knyttet til kompensasjonen for lang reisetid.

Analyser er gjennomført for å undersøke om lange reiseavstander kan føre til høyere kostnader. Hypotesen er at lange reiseavstander fører til mindre bruk av dagopphold.

Indikatorer på dette vil være at sykehus hvor en stor andel av pasientene har lange reiseavstander har

- en høy andel endagsopphold
- gjennomsnittlig lengre liggetid enn andre

Analyser utført på pasientdata fra 2007 konkluderer med at sannsynligheten for høyere andel døgnopphold og gjennomsnittlig økt liggetid øker med reisetid, spesielt dersom avstanden (fra kommunesentrum) til nærmeste sykehus er mer enn 107 km.

Delkomponenten per sykehusområde kalkuleres som pris pr. langtidsliggedag gange med antall DRG-poeng på nærmeste og neste sykehus:

$$\begin{array}{ccc} \text{Antall DRG-poeng i} & & \text{Kostnadsøkning pr DRG-} \\ \text{kommuner lang} & * & \text{poeng ved forlengede} \\ \text{reiseavstand} & & \text{opphold} \end{array}$$

### 6.3 MOBILITETSKOMPONENTEN

Dersom en pasient mottar spesialisthelsetjenestebehandling på sykehus utenfor sitt eget opptaksområde utløses en oppgjørsordning mellom helseforetaket som pasienten tilhører og institusjonen som behandler pasienten.

Ordinær betaling for intern mobilitet mellom helseforetakene i Helse Sør- Øst er en videreføring av gjestepasientordninger som gjaldt før sammenslåing av regionshelseforetaket (Helse Øst og Helse Sør). Behandlende institusjon får 80 % av DRG-prisen (marginalkostnaden er satt lavere enn gjennomsnittskostnaden. 80 % marginalbetaling følger den faktiske pasientaktiviteten). Prisen gjelder også pasienter som mottar behandling utenfor sitt eget regionhelseforetak.

Unntaket er pasienter, bosatt i Oslo, fra tidligere Helse Øst som behandles i helseforetak/sykehus i tidligere Helse Sør. Her faktureres det regionale helseforetaket grunnet problemer med registrering av pasientenes bydelstilknytning. Budsjettmidler er satt av sentralt til dette (sluttrapport 14.04.09).

I tillegg til ordinært gjestepasientoppgjør betales en abonnementspris knyttet til spesialisert medisin. Pasienter behandlet ved lands- og regionsfunksjoner kan tenkes å være mer kostnadskrevende enn 80 % av DRG-prisen. Analyser, basert på kostnadsanalyse utført av prosjektgruppen og på kostnadsindekser fra SAMDATA, viser at gjennomsnittspasienten på universitetssykehusene, inkludert Rikshospitalet er dyrere enn gjennomsnittspasienten i Norge. Spesialisert medisin koster cirka 120 % av DRG- kostnaden. Analyser knyttet til forbruk av spesialisert medisin viser et standard behov for spesialiserte tjenester på 40.5 DRG- poeng per 1000 innbyggere som justeres for behovsindeks. Abonnementsprisen er innbakt i basisrammen. 1.1 milliarder omfordeles til Oslo Sykehusområdet.

#### 6.4 AKTIVITETSAVHENGIG KOMPONENT

I tillegg til behovskomponenten, kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten er aktivitetsbasert finansiering en av hovedkomponentene i inntektsmodellen for Helse Sør- Øst. Fordelingen per dato er 60 % rammefinansiering og 40 % innsatsstyrt finansiering.



## 7 SAMMENLIGNING MED ANDRE LAND- SINTEF RAPPORT- 2010

New Zealand og Canada er valgt som sammenlikningsgrunnlag ettersom begge land har en stor andel private helseprodusenter. På New Zealand leverer de private sykehus i stor grad begrensede tjenester innen elektiv kirurgi og langtidspleie, også for privatbetalende pasienter. De fleste offentlig finansierte sykehus i Canada er private, ideelle (non- for- profit) sykehus (Ettelt et al 2007. SINTEF).

### 7.1 ORGANISERING, STYRING OG FINANSIERING

Norge har, som tidligere beskrevet, en modell basert på *sentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten*. Overordnet strategisk styring ligger hos helseministeren, og her legges også de overordnede økonomiske rammene. New Zealand har også en slik sentralisert modell. Canada har en desentralisert modell med ansvar og finansiering på provinsnivå - også innenfor provinsene (10 provinser). De fleste provinser har dels gått i retning av en sentralisering gjennom større regioner.

Norge benytter *aktivitetsbasert finansiering på sørge for -nivå*. I den norske fordelingsmodellen betales 40 % av somatiske helsetjenester gjennom aktivitetsbasert finansiering (ISF). New Zealand og de fleste land med offentlige, skattebasert helsevesen benytter ikke aktivitetsbasert finansiering fra stat til *sørge for*- nivå. Unntaket er Danmark som benytter seg av aktivitetsbasert finansiering, men i mindre grad enn i Norge. På New Zealand finansierer staten regionene basert på befolkningens størrelse og behov. I tillegg gis kompensasjon for ulikheter i kostnader, især knyttet til områder med spredt bebyggelse. Modellen har klare likhetstrekk med den befolkningsbaserte, ikke aktivitetsavhengige, inntektsfordelingsmodellen til de norske regionale helseforetak. Canada benytter statlige, øremerkede overføringer til provinsene. Overføringsordningen er basert på antall innbyggere, samt provinsens skatteinntekter; ikke behovsbasert. Innbyrdes mellom provinsene, som direkte følge av trend mot sentralisering til større regioner, er det imidlertid i stigende grad blitt innført regionale inntekstmodeller basert på behov, kostnadsstrukturer og befolkningens størrelse.

På helseprodusentnivå finansierer Norge tjenesteprodusentene gjennom en blanding av rammebudsjetter og aktivitetsbasert finansiering.

New Zealand finansierer sykehusene gjennom budsjetter som bestemmes ut fra planlagt aktivitet, prospektive pris- volum kontrakter. Det benyttes et pasient klassifikasjonssystem,

DRG-system, i forhold til prissetting. Poliklinisk virksomhet kan være aktivitetsfinansiert. Finansieringsordningen på produsentleddet i Canada kan karakteriseres som fast. Sykehusene finansieres gjennom rammebudsjetter som settes i forhandlinger med provinsene uten innslag av eventuell aktivitetsbasert komponent. Legenes lønninger inngår imidlertid ikke i sykehusenes rammebudsjetter. Oppgjørsordninger for leger er refusjon basert på fee- for service direkte fra provinsen.

Norge har en *finansiering uten tak på aktiviteten*, hvilket betyr at all somatisk aktivitet utløser en aktivitetsbasert finansiering på 40 % av nasjonale gjennomsnittkostnader. Dette innebærer en risikodeling mellom stat og helseforetak på aktivitet utover et planlagt nivå.

På New Zealand fungerer pris- volum kontraktene i hovedsak som faste budsjetter. Inntekten vil variere med aktiviteten hvis måltallene ikke nås, men aktivitet utover planlagt aktivitet refunderes ikke.

I Canada vil British Colombia fra 2012-2013 som første provins innføre en modell med ”patient focused spending”, som innebærer at cirka 20 % av akutt somatisk aktivitet vil finansieres gjennom en stykkprisordning.

## 7.2 KOMMENTAR: HELSESYSTEMET PÅ NEW ZEALAND

Helsesystemet i New Zealand har de siste 15-20 år gjennomgått store endringer. På begynnelsen av 1990-tallet, inspirert an New Public Management (se under historisk tilbakeblikk i Norge), ble markedsinspirerte reformer og konkurranse introdusert som styringsprinsipp. Hovedmålet var økt kostnadskontroll gjennom økt konkurranse. Dagens modell fra 2000 har beveget seg mot en modell med klarere sentral styring, sentralisering av høyspesialiserte funksjoner og fokus på likhet og samarbeid. De regionale District Health Board har også ansvar for primærhelsetjenesten og eldreomsorg.

Det har vært en sterk økning i utgifter til sykehustjenester på 2000-tallet. I OECD rapport fra 2009 har veksten i offentlige utgifter økt dobbelt så raskt som veksten i BNP (SINTEF). Samtidig har man ikke sett tilsvarende økning i aktivitet og kvalitet. Produksjonen har falt og ventelistene har økt. Stram sentral budsjettkontroll gjennom fast rammefinansiering har ført til noe reduksjon av påløpte underskudd.

New Zealand har lave helseutgifter per innbygger. I følge OECD helsedata fra 2010 er helseutgiftene per innbygger i New Zealand nærmere 90 % lavere enn i Norge. Norge ligger

imidlertid under OECD- gjennomsnittet for andel helseutgifter av BNP. Norge har siden 1990-tallet tatt en kraftig vekst i BNP noe som reflekteres i utgifter til helsetjenesten. Høye lønnskostnader er også en viktig faktor som dels forklarer forskjellene. Samtidig viser OECD data fra 2009 at New Zealand har høyere forventet levealder i forhold til helseutgifter, sammenliknet med Norge og Canada. Dette må imidlertid ikke tolkes som kausaleffekten (SINTEF).

Rapporten viser at organisasjon og struktur varierer mellom landene. Finansieringsordningene gjenkjennes langs dimensjonene fast versus variabel finansiering og prospektiv versus retrospektiv finansiering hvor de ulike land beveger seg langs aksene over tid. Finansieringsordningene varierer også langs dimensjonen makro- og mikronivå og i ulike kombinasjon med førstnevnte akse. Norge benytter seg av oppgjørsordninger med befolkningsbasert rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering, både på *sørge for*- nivå og helseprodusentnivå, og står således i en særstilling sammenliknet med andre land (SINTEF).<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Et flertall i Hagen-utvalget anbefalte å gå over til en ordning med rammebudsjettering av de regionale helseforetak.

## 8 METODE

### 8.1 KVALITATIV TILNÆRMINGSMÅTE (Om valg av metode)

Det kvalitative forskningsintervju er en form for kunnskapsproduserende aktivitet, der forskeren ansees som en aktiv deltaker. Intervjuprosessen kan oppfattes som henholdsvis kunnskapsinnhenting eller kunnskapskonstruksjon (Kvale 2009). Kvale beskriver prosessene ved hjelp av to metaforer hvor intervjueren fremstilles som gruvearbeideren eller den reisende. I gruvearbeidermetaforen graver intervjueren frem edelt metall, enten i form av objektive data eller subjektive meninger. Gruvearbeidertilnærmingen er tilbøyelig til å betrakte intervjuet som en arena for datainnsamling som er adskilt fra senere dataanalyse. «Oppfatning av intervju som datautvinning er nær den dominerende oppfatning av moderne samfunnsvitenskap, der kunnskap er noe som allerede er tilstedet og bare venter på å bli funnet.» (Kvale). I følge den reisende metaforen er intervjueren en reisende underveis til et fjernt land, og han har mye å fortelle når han kommer hjem. Intervjueren vandrer gjennom landskapet, og deltar i samtale med folk han treffer på veien. Reisen kan føre til mer enn ny kunnskap, den kan også inspirere til ettertanke og refleksjon, ny selvinnsyn, og avsløre verdier og tradisjoner som tas for gitt i den reisendes hjemland. Reisemetaforen ligger nærmere antropologien og en postmoderne, konstruktiv forståelse som er forbundet med en samtaletilnærming til samfunnsforskning (Kvale).

Valg av metode avgjøres ut fra spørsmåls/problemstilling. I denne oppgaven søker jeg dels utfyllende fakta kunnskap og dels økt forståelse og om mulig ny viten om sentrale problemstillinger som hører inn under helseøkonomi og samfunnsvitenskapene. Hvilken inntektsmodell ligger til grunn for oppgjørsordninger intern i Oslo sykehusområdet? Finnes alternative modeller, hvilken modell er i så fall egnet? Jeg ønsker å få frem data som på mer utdypende måte kan gi et klargjørende bilde av faktiske forhold, og samtidig invitere andre og meg selv til å tenke nytt (parallell gruvearbeideren og den reisende). Kvalitativ forskningsmetode kan benyttes ved problemstillinger der man på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativ (Malterud 2004) slik som i denne oppgaven. Jeg vurderer kvalitativ tilnærming, med dybdeintervju av sentrale, representanter i det respektive helseforetak og sykehus omhandlet i oppgaven, som den mest egnede metode. Deres syn, kommentarer og vurderinger til temaet vil utgjøre datamaterialet til spørsmålsstillingene.

### 8.1.1 INTERVJU

Datagrunnlaget bygger på intervju med individuelle informanter. I min oppgave søker jeg utfyllende viten om et avgrenset tema innen helseøkonomi og har da behov for å intervju personer med særskilt kunnskap og erfaringer innen emnet. Dybdeintervjuene kan i dette henseende benevnes som eliteintervju. «Eliteintervju foregår med personer som er ledere eller eksperter og vanligvis har stillinger med makt» (Kvale). Eliteinformanter vurderes å være innflytelsesrike og/eller velinformerte mennesker i en organisasjon, og de blir valgt ut som intervjuobjekter på bakgrunn av at deres ekspertise er relevant for forskningen (Marshall og Rossman 1999). Eliteinformanter responderer godt på åpne spørsmål. De er vant til å bli spurt om sine meninger og tanker (Kvale). De har ofte en helhetlig oversikt og forestillingsevne, både historisk, strategisk og fremtidsrettet, ofte innenfor gitte politiske rammer (Marshall og Rossman 1999). Eliteinformanter har som nevnt vanligvis en sikker status, «så det er mulig å utfordre uttalelsene deres med provokasjoner som kanskje kan gi ny innsikt» (Kvale). Mitt avsluttende spørsmål er nettopp myntet med tanke på/ håp om ny innsikt.

### 8.1.2 UTVALG

Utvalget teller fire informanter. Se kapittel 1.3.1 for introduksjon av informantene ved tittel og navn.

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetning at utvalget har potensial til å belyse aktuelle problemstillinger (Malterud). Jeg anser valgte informanter som innehavere av informasjonsrikdom og erfaring relevant i forhold til spørsmålsstillingene.

### 8.1.3 INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Informantene ble initialt kontaktet pr. telefon. Jeg presenterte meg som mastergradsstudent, fortalte om tema og mål med oppgaven. Dette i lys av min bakgrunn. Samtlige var positive til å stille til intervju som ble avtalt innen kort tid. De ble gjort oppmerksom på at deres tittel og navn vil bli skrevet/offentliggjort i oppgaven. Intervjuene ble utført ansikt til ansikt i deres lokalteter. Varighet av intervjuene varierte mellom en til to timer. Jeg stilte forberedt til intervjuene. Intervjuene ble innledet med takk for at de stilte opp til intervju. Videre en presentasjon av jeg selv, min (erfarings)bakgrunn og hensikten med oppgaven. Jeg strukturerte intervjuet ved å stille hovedspørsmålene innledningsvis til hvert hovedtema.

Ellers var mitt mål at samtalen skulle være mest mulig åpen. Informantene var ivrige kunnskapsformidlere og konversatører med innslag av assosiasjoner og digresjoner. Jeg lyttet og var opptatt av hvordan informantene formet sine svar. Jeg avbrøt innimellom for å få en utdypende eller ytterligere forklarende kommentar på enkelte uttalelser. Jeg uttrykte mine fortolkninger av delkonklusjoner og ba dem få bekreftet eller avkreftet av informantene. Jeg noterte i form av stikkord og enkelte sitater under intervjuene.

Umiddelbart etter hvert intervju renskrev jeg mine notater og kategoriserte informasjonen. Jeg lette etter sammenfallende forklaringer. Jeg reflekterte over informantenes ulike virkelighetsramme i forhold til ulike syn og vurderinger som kom frem under intervjuene. Bearbeidelsen av materialet genererte nye spørsmålsstillinger, uklarheter og gav samtidig momenter til å bygge videre på i oppgaven.

Intervjuene ble i etterkant, opptil et halvt år senere etterfulgt av en samtale pr. telefon hvor jeg søkte å bekrefte at mine tolkninger var i samsvar med informantenes tidligere gitte informasjon, vurderinger og alternative forslag.

Etter de to første intervju avgrenset jeg spørsmålsstillingene som fremvist i dagens oppgave. Fortolkning av materialet er sett i lys av den teoretiske referanserammen og historikk tidligere gjennomgått i oppgaven.

#### 8.1.4 FORSKERENS POSISJON OG FORFORSTÅELSE

Spørsmålet er ikke hvorvidt forsker/intervjuer påvirker kunnskapsprosessen, men hvordan denne påvirker prosessen (Malterud). Jeg, som spesialist innen medisin, har min bakgrunn i det medisinske, naturvitenskaplige miljø, og hvor kvantitativ forskningsmetode er dominerende. Oppgaven omhandler et sentralt tema i helseøkonomi, og hører innenfor samfunnsfagene. Således er valg av både tema og metode ukjent terreng for meg. Min motivasjon har vært å få innblikk i nytt fagfelt. Økonomi gjennomsyrrer våre liv. Fotnote økonomi. Under medisinutdanning var det ingen forelesninger i økonomi. Mitt ønske for valg av oppgave er å få kjennskap til overordnede økonomiske mekanismer innen helseøkonomi som igjen vil sette min kliniske hverdag i et større perspektiv.

I forhold til intervjusituasjonen og tema er det fare for asymmetrisk maktforhold (Kvale) da informantene vet mye mer om feltet enn meg. Informantene kan kjøre sin agenda/sitt repertoar og jeg kan gå glipp av viktig kunnskap. Samtidig kan jeg ut fra mitt faglige ståsted og erfaringer se problemstillingene fra et annet perspektiv og utfordre informantene i forhold til deres gitte, «lovfestede» kunnskap.

Min profesjonsbakgrunn som lege har også innvirkning på intervjusituasjonen og interaksjonen mellom informantene og meg. I forhold til metode må jeg som lege og intervjuer ha i baktankene at dybdeintervju ikke er det samme som et anamnestisk opptak i en medisinsk hverdag.(Malterud)

I analysen av materialet har jeg som tidligere nevnt søkt å tolke materiale i forhold til tilegnet teorigrunnlag og historikk tidligere presentert i oppgaven.

## 9 RESULTATER AV DYBDEINTERVJU

*Benyttes inntektsmodellen hvor behovskomponenten utgjør 92 prosent av basisrammen for Helse Sør- Øst RHF til fordeling av inntekter i Oslo sykehusområdet og videre internt mellom sykehusene i Oslo sykehusområde?*

Samtlige informanter bekreftet at inntektsmodell for Helse Sør-Øst brukes til fordeling av inntekter til Oslo sykehusområde.

Videre intervjusvar viser ulik oppfatning og opplevelse av reell praksis.

Representant for Helse Sør-Øst mener fordeling av inntekter videre internt mellom RHF og de to private, ideelle sykehus ikke følger behovskomponenten, men at inntektene til de to sykehus bygger på historiske data.

To sykehusrepresentanter mener at inntektsfordelingen følger behovskomponenten.

Tredje sykehusrepresentant gir følgende forklaring: De to private, ideelle sykehus, sammen med Oslo Universitetssykehus, utgjør Oslo sykehusområde og innbefattes således i inntektsmodellen; og har som følge av implementeringen i modellen fått endret, ut fra historiske bevilgninger, en forholdsmessig andel av behovskomponenten.

Internt mellom de to private, ideelle sykehus og Helse Sør-Øst gis basisrammen basert på historiske data og størrelsesforhold i Oslo.

Under diskusjon omkring mobilitetskomponenten sies at DH og LDS ikke betaler gjestepasientoppgjør til OUS eller abonnementspris.

*Gir modellen adekvat kompensasjon i forhold til oppgavene virksomhetene skal levere?*

Alle informantene mente at i fravær av annen inntektsmodell per dato gis sykehusene rimelig kompensasjon i forhold til oppgavene sykehusene skal levere innenfor somatikk. Flere av informantene påpeker imidlertid at pris-nivået i Oslo er cirka 10 % høyere, sammenlignet med andre sykehusområder og at forskjellene bør kompenseres for. Det gjelder især lønninger og husleie.



*Hvilke styrker og svakheter har gjeldende inntektsfordelingsmodell for de ideelle, private sykehus?*

Det er flere forhold som gjør at de to private, ideelle sykehus ikke passer inn i en felles inntektsmodell for sykehusområdene. Sykehusområdene er ment å representere allmenne, balanserte helseforetak. Omfanget av funksjonsoppgavefordeling i forhold til de to private, ideelle sykehus er for snevert. Egendekning av funksjoner totalt sett er liten. LDS har eksempelvis ingen akutt beredskap når det gjelder kirurgi.

DRG-indeks<sup>8</sup> for LDH er 0,78 og DRG-indeks for DH er 1,09 (gjennomsnitt 0,9-0,95) noe som gjenspeiler ulike funksjonsoppgaver og at sykehusene ikke er sammenliknbare.

Sykehusenes opptaksområder er små, på bydelsnivå. Pasientgruppene kan tenkes å være for homogene i forhold til nasjonale analyser (Oslo øst-vest problematikk, bydeler med eldre befolkning). Nasjonale analyser gir ingen sikker beskrivelse av behov på storbynivå og i enda mindre grad på bydelsnivå. Kompensasjon ut fra behovskriterier i inntektsmodellen blir ikke «riktig». Fordeling av inntekt basert på historiske data er da et godt alternativ.

Ulemper ved historiske data er at de har ingen forankring i en teoretisk modell. Historiske data gir dårlig transparens. Historiske data er vanskelig å kontrollere. Historiske data utvanner seg selv over tid. Justeringer i funksjonsoppgavefordelinger krever en tettere styring og oppfølging; hver endring av funksjon krever endring i kompensasjon. Utvikling i det medisinske faget, eksempelvis nye, potente og dyre medikamenter innen reumatologi krever riktig beregning i forhold til kompensasjon. Fordeling etter historiske data gir «mye forhandlingspunkter».

Det ble også diskutert svakheter i forhold til den aktivitetsavhengige inntekten. DRG-systemet er ikke robust nok, ikke modernisert nok. Kirurgiske DRG-priser er høyere taksert enn medisinske DRG-priser. DRG-systemet ivaretar ikke hensynet til antall liggedøgn. Aktivitetsbasert inntekt, basert på DRG-systemet var i utgangspunktet foreslått på RHF-nivå. I dag brukes det nærmest som et takstsystem på avdelingsnivå.

---

<sup>8</sup> Forholdet mellom antall DRG-poeng og antall sykehusopphold kalles DRG-indeks (SINTEF 2008)

*Kan alternative, ikke befolkningsbaserte, modeller benyttes?*

En informant ser for seg en mulig fremtid hvor de to private, ideelle sykehus er uten egne opptaksområder. En mulig alternativ modell er da en bestiller- og utøvermodell hvor RHF'et har rolle som bestiller av oppgaver til DH og LDS. Modellen vil unngå mobilitetsproblematikken.

Andre informanter pekte på tilpassede behovsmodeller i forhold til Oslo og storbyproblematikk.

Med hensyn til den aktivitetsavhengige inntekten så flere informanter for seg en alternativ modell hvor inntekter fordeles ut fra oppgaver. En modell basert på funksjon/behandlingsområde/pasientforløp som bygger på et modernisert DRG-kodeverk. Ordningen ville være mindre sensitiv i forhold til antall liggedager.

## 10 DISKUSJON AV RESULTAT

Resultat av intervjuer viser at inntektsmodellen hvor behovskomponenten utgjør 92 prosent av basisrammen for Helse Sør-Øst benyttes til fordeling av inntekter til Oslo sykehusområde. Oslo sykehusområde er et virtuelt område. I sluttrapport om "Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF" legges det opp til at i de tilfeller der et sykehusområde består av flere helseforetak/sykehus, må det regionale helseforetak fordele inntektene mellom disse innen området.

Når det gjelder fordeling av inntekter videre internt mellom RHF og de to private, ideelle sykehus i Oslo sykehusområde er svar og oppfatningene av praksis ulike og dels vanskelig å forstå fra de ulike informantene (svar på spm 2 i kap.1.2).

Helseforetaksrepresentanten opplyste at «fordelingen av inntekter internt mellom RHF`et og de to private, ideelle sykehus kun bygger på historiske data». Informanten fordeler i dag inntekter til sykehusene i Oslo sykehusområde.

Flere sykehusinformanter mente at inntektsfordelingen følger behovskomponenten. Resultat av endrede behovsnøkler (se under kap.6.1 behovskomponenten) ga lavere indeks til blant annet Oslo sykehusområde, og som konsekvens utløste varsel om økonomisk omfordeling i perioden 2010-2012. Innsyn i inntektsrammer for Diakonhjemmets Sykehus viser at sykehuset for 2011 har fått fratrekk i post inntektsmodell for somatikk. Forklaring ifølge informant gitt i intervjuet: Basisrammen bygger på historiske data, men de historiske bevilgningene er blitt endret i forhold til en forholdsmessig andel med hensyn på behovskomponenten som står sentralt i inntektsmodellen.

Samtlige informanter forteller at Helse Sør-Øst finansierer de to private, ideelle tjenesteprodusentene innenfor somatikk gjennom en blanding av ramme- og aktivitetsbasert finansiering.

De to private, ideelle sykehus er innlemmet i foretaksmodellen med egne opptaksområder/bydeler innenfor helseforetaket, samtidig som sykehusenes tilknytningsform, dels funksjoner og finansiering, er avvikende fra modellen.

Informantene er samstemte om at i fravær av annen inntektsmodell gir dagens inntektsfordeling rimelig kompensasjon i forhold til tjenester sykehusene utfører (svar spm 3 i kap.1.2). Det er imidlertid flere svakheter ved modellen.

## 10.1 RESULTATER SETT I LYS AV INNTEKTSMODELLEN

### HISTORISKE DATA

I sak nr 022-2011 er administrerende direktørs mål og intensjon “*at arbeidet med inntektsmodeller for fordeling av inntekter mellom sykehusområdene i Helse Sør-Øst skal legges til rette for en forutsigbar, transparent og rettferdig fordeling av inntekter*”.

I forhold til de to private, ideelle sykehus er dårlig transparens, og dels manglende forutsigbarhet, i sammenheng med endring i funksjoner og oppgaver, samt medisinsk-teknologisk utvikling blitt pekt på som svakheter ved bruk av historiske data som grunnlag for basisrammen.

#### ii) BEHOV

Administrerende direktør presiserer at målet med “*Helse Sør-Øst RHF sin kriteriebaserte inntektsmodell er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadsmessige forutsetninger*” (sak nr 022-2011).

Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmets Sykehus har innlevert skriftlige kommentarer på bruken av kriteriesett fra Magnussen-utvalget i en regional modell. Sykehusene viser til rapportens kommentarer rundt usikkerhet knyttet til regionale variasjoner som ikke fanges opp i nasjonalt datagrunnlag. De mener at Oslos populasjonen vil vektes opp i en analyse på rent regionalt nivå (storby-fenomener).

I sin innstilling ønsker prosjektgruppen å gjennomføre behovsanalyser kun på befolkningen i Helse Sør-Øst for å undersøke om forventet behov for spesialisthelsetjenester i dette området skiller seg fra resultatene som foreligger når hele landet legges til grunn. Dette gjelder særlig i forhold til Oslo Sykehusområde (kommentert i sak nr.041-2009). Som eksempel kunne en tenke seg at ikke-vestlige innvandrere vil inngå som ett av kriteriene i en slik analyse, da andelen ikke vestlige innvandrere er høyere i Helse Sør-Øst enn ellers i landet.

Prosjektgruppen anbefaler Helse Sør-Øst RHF å foreta en slik analyse når aktuelle data blir tilgjengelige. I skrivende stund foreligger konsesjonstillatelse.

Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmets Sykehus uttrykker også skepsis til å legge behovskriterier fra nasjonale analyser til grunn for fordeling internt i Oslo.

Denne bekymringen deles av prosjektgruppen som påpeker at inntektsmodellen bør brukes med forsiktighet på nivå lavere enn sykehusområdet. Dette gjelder særlig behovskomponenten som er fremkommet på nasjonalt nivå og som kan være “utilfredsstillende” å bruke på små, homogene populasjoner. Andre parametere kan tenkes å gi signifikante utslag i variasjoner av behov når populasjonen består av mindre enn en tiendedel av populasjonen som opprinnelig ble analysert. Jo lavere nivå behovskomponenten brukes på, jo større mulighet for skjev fordelingsmodell. Sykehus med gammel bydelsbefolkning i sitt opptaksområde; blir de rett kompensert i forhold til sine utgifter? Gamle pasienter har gjerne komplekse sykdomsbilder kombinert med psykososiale problemer (Rapport ”Utskrivningsklare pasienter). De har i gjennomsnitt flere liggedøgn. Antall liggedøgn er heller ikke DRG- sensitivt.

Endringer i befolkningssammensetning kan også gi urettferdig fordeling av inntekter når disse bygger på historiske data. Bydeler kan få endret sin demografiske struktur. Grunerløkka bydel har for eksempel per dato en ung og ressurssterk befolkning sammenliknet med tidligere, gir det urettmessige gode inntekter til sykehuset som har denne bydelen? I saksfremlegg 2011 anbefales å vurdere å beregne de årlige effektene på grunnlag av fremskrevet befolkningsmengde og sammensetning, dersom innfasing av omfordelingseffekter mellom de ulike sykehusområdene innenfor helseregionen skal gjøres over flere år. Kan dette monitoreres på bydelsnivå?

### iii) KOSTNADER

I forhold til kostnader har de to ideelle, private sykehusene kommentert på prisnivået i Oslo. De etterlyser løsninger enten med høyere/lavere behandlingsnivå eller redusert/økt krav til effektiv drift (uttalelse i prosjektrapport 2011).

Oslo universitetssykehus HF utgjør den overveiende andelen av genererte forskningspoeng i Helse Sør-Øst. For året 2009 stod de for 87 % av forskningspoengene. OUS påpeker at kostnader til undervisning av medisinerstudenter og til dels annen utdanning ikke er tilstrekkelig kompensert. Historisk har utdanning vært finansiert med rundt 185 mill kroner i basisrammen til OUS for 2009. For 2010 kompenserer modellen Oslo med 28 mill kroner gjennom kostnads- og undervisningsdelkomponenten.

#### iiii) MOBILITET

Oslo universitetssykehus HF har innen somatikk en netto tilstrømming av pasienter fra hele regionen, cirka 15 % av regionens DRG-poeng utføres her som lands- og regionsfunksjoner. For Oslo universitetssykehus HF utgjør denne aktiviteten knyttet til lands-og regionsfunksjoner nær 50 % av egen helsetjenesteproduksjon.

DH og LDS betaler ikke abonnementspris (informant).

OUS har kommentert og beregnet at 120 % av ISF-pris er for lav. Deres kalkyler ligger på 135-140 % av ISF-prisen. LDS og DH ber også om en grundigere utredning av prissetting på spesialiserte tjenester. Helse Sør-Øst anser også at videre arbeid med grunnlaget for å definere finansiering av lands- og regionsfunksjoner er meget sentralt.

Oslo universitetssykehus er betydelig eksponert for kompensasjon for de spesialiserte tjenester og forsknings/undervisningsaktivitet sammenliknet med de øvrige sykehusområder. Endringer i pasientstrømmer og aktivitetsomfang, samt endringer i forsknings- og undervisningsaktivitet vil kunne ha til dels store innvirkninger i forhold til inntekter i Oslo Sykehusområde.

De to ideelle, private sykehus er små aktører i Oslo Sykehusområde, men der hvor små justeringer i deres størrelsesmessige andel i forhold til gitte delkomponenter i sykehusområdet kan gi store tallmessige utslag.

## 10.2 RESULTATER I LYS AV INCENTIV EFFEKTER

Som tidligere omtalt har finansieringsmekanismene ulike incentiveffekter og målkonflikter (kapittel 2.4). En finansieringsordning kan gi insitament til en ønsket adferd/effekt på en målsetting, samtidig som ordningen kan gi uønsket eller sågar utilsiktet adferd/ effekt.

Likeverdig helsetilbud, effektivitet og kvalitet er sentrale målsettinger for spesialisthelsetjenesten i Norge. Samtidig skal tjenestene leveres innenfor de overordnede økonomiske rammene definert ut fra de årlige statsbudsjettene. (SINTEF)

På *sørge for*- nivå er spesielt to forhold av betydning, i) hvordan systemet ivaretar en målsetting om lik geografisk tilgjengelighet, og ii) hvordan systemet ivaretar målsetting om

kostnadskontroll. I motsetning til Norge benytter ikke de fleste land med offentlige, skattebasert helsevesen aktivitetsbasert finansiering fra stat til *sørge for*- nivå. Unntaket er Danmark som benytter seg av aktivitetsbasert finansiering, men i mindre grad enn i Norge (se kapittel 7.1.)

På helseprodusentnivå vil sentrale målsettinger være effektivitet og kvalitet innenfor visse økonomiske rammer. Oppgjørsordningene mellom Helse Sør-Øst og de to private sykehus er rammebasert (60 %) og bygger som fortalt på historiske data (helseforetaksrepresentant); men de historiske bevilgningene endres i forhold til en forholdsmessig andel med hensyn på behovskomponenten som står sentralt i inntektsmodellen (sykehusrepresentant). Gitt diskrepans mellom informantene vil tildeling gjennom basisrammen for de private, ideelle sykehusene inneholde i så henseende begge elementer, tildeling gjennom historiske data og gjennom behovsbaserte kriterier. Rammefinansieringsordninger som bygger på historiske kostnader er mer retrospektivt innrettet enn et system basert på tildeling etter objektive kriterier. Ordninger som bygger på historiske data er lite egnet for aktiv styring; gir “mye forhandlingspunkter” (sitat informant). Retrospektive ordninger gir generelt økt aktivitet og tilgjengelighet (kapittel 2.5). Ordningen gir liten kostnadseffektivitet og kostnadskontroll så lenge økonomisk risiko er plassert hos bestiller.

Ordningen kan gi incentiv til økt kvalitet for eksempel gjennom konkurranse om pasientene. Oppgjørsordningen mellom Helse Sør-Øst RHF og sykehusområdene utgjør 40 % aktivitetsavhengig finansiering, innsatsstyrt finansiering (ISF) uten aktivitetstak eller spesifikke bestillinger på aktivitet. Historisk har ISF-finansiering ført til økt aktivitet, økt kostnadseffektivitet, men dårlig kostnadskontroll. Fokus på kvalitet vil være avhengig av helseprodusentenes motivasjon og vil henge sammen med hva som refunderes. Refusjon av aktivitet gir eksempelvis insitament til økt tilbud. Refusjon som ikke er knyttet til det faktiske tilbud som pasienten får under sykehusopphold, som i DRG-systemet, kan imidlertid gi insitamenter til underforbruk av tjenester og lavere kvalitet. Dette kan gi seg til kjenne ved for tidlige utskrivinger og fare for økt antall reinnleggelser. Stadig ettergivelse av underskudd i prospektive systemer tenderer mot retrospektive systemer. Faste, prospektive system i sin rendyrkede form gir god kostnadskontroll, men økte ventelister.

## 10.2 ALTERNATIV MODELL

Tre alternative modeller kan trekkes frem.

- befolkningsbasert, tilpasset behovsmodell
- spesialiserings/funksjonsfordelingsmodell
- konkurransemodell

En befolkningsbasert, tilpasset behovsmodell forutsetter at behovsanalyser på befolkning i Helse Sør-Øst og især på befolkning i Oslo ligger til grunn. Den ideelle analyseenheten bør være på individnivå. Problematikk omkring historiske data vil unngås. Analysene vil også kunne gi bedre informasjon om forhold knyttet til mobilitetskomponenten. Prospektive inntektsfordelingsmodeller basert på innbyggernes behov oppfattes ofte som mest rettferdig fordelingssystem.

I kapittel 7 nevnes at de fleste offentlige finansierte sykehus i Canada er private, ideelle (non-for-profit) sykehus (SINTEF2010). Canada har en desentralisert modell med ansvar og finansiering på og innenfor provinsnivå. Tradisjonelt sett har det vært benyttet modell med rammefinansiering (ikke behovsbasert) på helseprodusentnivå<sup>9</sup>. Trenden er imidlertid at de fleste provinser går i retning av en sentralisering gjennom større regioner med følgende inntekstfordelingsmodeller basert på behov, kostnadsstrukturer og befolkningens størrelse. Reduksjon av ventelister har hatt høyeste prioritet iden Canadiske helseplan (jamfør rammefinansieringsepoken 1980-1997, kapittel 3.3.2). Ulike tiltak er iverksatt, blant annet vil en provins innføre en ordning hvor ca 20 % av akutt somatisk aktivitet vil finansieres gjennom en stykkprisordning.

Som nevnt tidligere finansieres de to private, ideelle sykehus, som øvrige sykehus i Norge, gjennom 60 % rammefinansiering og 40 % innsatsstyrt finansiering (ISF). Blanding av ulike finansieringsmekanismer og derav ulike incentiveeffekter kan bidra til balansere ulike målsettinger.

---

<sup>9</sup> Legene lønninger er ikke inkludert i sykehusenes budsjett. Deres lønninger baseres på fee-for-service refusjon.



### Spesialiserings/funksjonsfordelingsmodell

En mulighet er å spesialisere/funksjonsfordele sykehusene. Eksempelvis kan sykehusene rendyrkes som geriatrisk sykehus, onkologisk sykehus for eldre, reumatismesykehus eller sykehus spesialisert på elektiv kirurgi. Problematikk i forhold til opptaksområder ned på bydelsnivå unngås. Modellen krever en stram styring av funksjonsfordeling. Erfaringsmessig har det vist seg å være en tung prosess å funksjonsfordele produksjon av helsetjenester. Modellen kan inneholde elementer av konkurranse som kan gi incentiv til økt kvalitet.

### Konkurransemodell

RHF kan opptre som bestiller. Sykehusene kan svare med ønske om volum og pris. I sin ytterste konsekvens legges offentlige helsetjenester ut på anbud.

Styring, ledelse og drift vil være begrenset til å drive sykehus uten å ha med befolkningsperspektivet. Man unngår problematikk knyttet til dagens mobilitetskomponent. Men hva med de «uforskyldte kostnader»?

Konkurranse mellom helseprodusentene er heller ikke noe som passer inn i dagens modell som bygger på samarbeid.

På New Zealand leverer de private sykehus i stor grad begrensede tjenester innen elektiv kirurgi, også for privatbetalende pasienter (se kapittel 7). New Zealand finansierer sykehusene gjennom budsjetter som bestemmes ut fra planlagt aktivitet, prospektive pris-volum kontrakter, basert på DRG-system i forhold til prissetting. Poliklinisk virksomhet kan være aktivitetsfinansiert. Fra ren markedsorientert modell hvor hovedmålet var økt kostnadskontroll gjennom økt konkurranse har modellen fra 2000 beveget seg mot klarere sentral styring, sentralisering av høyspesialiserte funksjoner og fokus på likhet og samarbeid. Det har vært en sterk økning i sykehusutgifter på 2000-tallet. Stram sentral budsjettkontroll gjennom rammefinansiering har allikevel førte til noe reduksjon av påløpt underskudd. New Zealand har lave helseutgifter per innbygger (kapittel 7.2).

## 11 DISKUSJON AV METODE

### 11.1 ETIKK

«I en kvalitativ intervjuundersøkelse der deltakernes utsagn fra en privat intervjusituasjon kan inngå i offentlige rapporter, skal man sørge for å beskytte deltakernes privatliv» (Kvale).

Informanten skal kjenne seg trygg på at anonymiteten blir ivaretatt. Dette er ikke tilfelle i oppgaven. Informantene er representanter for og uttaler seg på vegne sine respektive organisasjoner. De uttaler seg i kraft av sin særskilte kompetanse. De opptrer ikke som privatpersoner, temaene er ikke av privat karakter. «Anonymisering er ikke nødvendig eller ønskelig, bekreftbarheten i studiet er avhengig av at jeg kan fortelle at min informasjon kommer fra sentrale og representative kilder»

De er på forhånd inneforstått med at dere tittel og navn vil fremstå i oppgaven.

### 11.2 DATAINNSAMLING

I forbindelse med et kvalitativt intervju er det vanlig å ta opp samtalen på lydbånd og senere transkribere materialet. Jeg har samlet datamaterialet i form av notater gjort underveis, noe som kan tenkes å gi en seleksjon av begrep og modeller som er kjent innenfor rammen av mitt teorigrunnlag. Begrunnelsen for notatbruk er at jeg følger hovedlinjer i et resonnement.

Resultat av datamaterialet introduserer også nye begrep og skisserer alternative inntekstmodeller.

## KONKLUSJON

Inntektsfordelingsmodell for somatiske helsetjenester for de to private, ideelle sykehus i Oslo sykehusområde avviker fra inntektsmodellen for og innad i Helse Sør-Øst. De to private, ideelle sykehus er innlemmet i foretaksmodellen med egne opptaksområder på bydelsnivå innenfor Oslo sykehusområde. Samtidig er sykehusenes tilknytningsform, dels funksjoner og rammebasert finansiering avvikende fra modellen. Det er en diskrepans mellom informantene om hvilken rolle behovskomponenten spiller for fordeling av inntekter til de to private ideelle sykehus.

Ulike finansieringsmekanismer og derav ulike incentiveffekter bidrar, sett i historisk lys og internasjonalt til målkonflikter. Spørsmålet blir da: hva er de(n) sentrale målsetting(er) for spesialisthelsetjenesten, her under de private, ideelle sykehus.

*Likeverdige helsetjenester* er en helt sentral målsetting både på nasjonal- og regionalt nivå.

Muligens vil en befolkningsbasert, tilpasset behovsmodell for Oslo sykehusområde være best egnet for å imøtekomme den sentrale målsettingen. Dette er i tråd med uttrykte intensjoner av videre arbeid med inntektsmodellen.

## ETTERTANKE

Finansiering av helse må også sees i et kulturelt perspektiv. Helsesystemet som helhet vil være farget av enkeltmenneskets deltagelse i prosessene og påvirkes av dets verdier, normer, politisk holdning osv. Enkeltmenneskets deltagelse er ikke en eksplisitt del av finansieringsordningene, men er i stor grad med på å prege graden av måloppnåelse.

## LITTERATURLISTE

- Askildsen, J. et al. (1999), Effektivitet, ressursbruk og konkurranseutsetting i kommunesektoren – en gjennomgang av empiriske studier, SNF-Rapport 4/99.
- Askildsen, J., Brekke K.(2001) Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesen, s 237-267
- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (2010) Årsrapport 2010
- Berg O.(2006) Fra politikk til økonomikk.Tidsskriftets skriftserie.Den norske lægeforening
- Biørn, Hagen et al. (2003). «The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000» Health Care Management Science
- Erlandsen E. og Iversen T. Helseøkonomi-en innføring I noen helseøkonomiske problemstillinger. Skriftserie. HERO, 1998:14
- Inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av administrerende direktør i Helse Sør-Øst. Sluttrapport 24.04.09. Sak-041-2009
- Inntektsmodell for Helse Sør-Øst- oppfølging av vedtak i sak 041-2009. Sak nr 070-2009
- Inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Sak nr 041-2010
- Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF. Evaluering og videreutvikling. Sak 022-2011
- Hagen T. P., Kaarbøe O. M.(2004) The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. Health Organization Research Norway (HORN)
- Jegers M. et al (2001) A typology for provider payment systems in health care
- Kalseth J., Magnussen J., Anthun K. og Petersen S (2010) Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land. Rapport A16819. SINTEF Global helse og velferd
- Kalseth J., Pedersen M. (2010) Effektivitetsutvikling i somatisk helsetjeneste 2005-2009. Rapport A16350. SINTEF Helsetjenesteforsikring
- Kvale S., Brinkmann S.(2009) Det kvalitative forskningsintervju. 2.utgave.Gyldendal akademisk
- Langerbrunner et al (2009) Designing and Implementing Health care Provider Payment Systems. How-To Manuals. Verdensbanken
- Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). (2002)
- Magnussen J. Finansieringsordninger for helsesektoren. Radikalt økonominettverk RØST
- Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2.utgave.Universitetsforlaget 2003
- NOU 1977:22 Finansiering av helseinstitusjoner

NOU 1987:25 Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering

NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

Petersen S.Ø og Anthun K.S (2008) Endring i DRG-indeks. Beskrivelse av metode og resultater 2002-2005. Rapport A1369. SINTEF Helse

Pettersen I.J, Magnussen J., Nyland K., Bjørnenak B.(2008) ØKONOMI OG HELSE. Perspektiver på styring. 2. utgave. Cappelen akademiske forlag

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)(2001)

Rapport ”Utskrivningsklare pasienter- hvem er de og hvor hører de hjemme?” (2010). Analysesenteret AS

St. Meld. nr 9 1974-75 Sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen

St. Meld. nr 44 1995-96 Ventetidsgarantien-kriterier og finansiering

St. Meld. nr 24 1996-97 Tilgjengelighet og faglighet

Wilmar B. et al (red.) (2009). PENGER og verdier i helsetjenesten.1.utgave.Gyldendal akademiske

#### NYTTIGE WEB-ADRESSER:

DRG kodeverk

[http://www.helsedirektoratet.no/kodeverk\\_pasientklassifisering/kostnadsvektene\\_for\\_innsatstydrt\\_finansiering\\_2011\\_794934](http://www.helsedirektoratet.no/kodeverk_pasientklassifisering/kostnadsvektene_for_innsatstydrt_finansiering_2011_794934)

Helse Sør-Øst

<http://www.helse-sorost.no/Sider/side.aspx>

Lover

<http://www.lovdatabasen.no/all/index.html>

Regjeringen- Norske Offentlige Utredninger (NOU)

<http://www.regjeringen.no/nb/dok/nouer.html?id=1767>

SAMDATA – rapporter

<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden>

## TABELLER

Tabell 1 Prosentvis økning av kostnader i helsesektoren i perioden 1971-2000

Tabell 2 Kriteriesettene basert på fra Magnussen-utvalgets analyser.

Tabell 3 Kriteriesettet fra tidligere Helse Øst RHF og Helse Nord RHF.

Tabell 4. Forskningspoeng i sykehusområdene 2005-07.

Tabell 5 Andel ikke- vestlig befolkning

## FIGURER

Figur 1 Ventelistetall pr. 3 kvartal i årene 1993-96

Figur 2 Variasjon i effektivitet, somatiske sykehus, 1992-2000

Figur 3 Modell som viser forhold opplevd behov, etterspørsel etter og tilbud av helsetjenester.